FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1919 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

J. COUETTE,

Ancien interne de la Maison départementale de la Seine

Un centre de Neuro-Psychiatrie en Anjou pendant la Guerre

Président : M. ROGER, *professeur*

ANGERS

SOCIÉTÉ ANONYME DES ÉDITIONS DE L'OUEST

(IMPRIMERIE G. GRASSIN)

40, rue du Cornet et rue Saint-Laud

1919

Le Doyen	M. ROGER.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	N...
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	N...
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	N...
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	N...
Médecine légale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	ACHARD. WIDAL. GILBERT. CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARSAN.
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses	TISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. QUENU. LEJARS. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR. COUVELAIRE. RIBEMONT-DESSAIGNE.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile	BROCA.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ALGLAVE.	GUILLAIN.	LÉRI.	RIBIERRE.
BERNARD.	JEANNIN.	LOEPER.	RICHAUD.
BRANCA.	JOUSSET (André).	MAILLARD.	ROUSSY.
BRUMPT.	LABBÉ (Henri).	MOCQUOT.	ROUVIERE.
CAMUS.	LAIGNEL-LAVASTINE.	MULON.	SCHWARTZ (Anselme).
CASTAIGNE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	SICARD.
CHAMPY.	LECENE.	NOBECOURT.	TANON.
CHEVASSU.	LEMIERRE.	OKINCZYC	TERRIEN.
DESMAREST.	LENORMANT.	OMBREDANNE.	TIFFENEAU.
GOUGEROT.	LEQUEUX.	RATHERY.	VILLARET.
GRÉGOIRE.	LEREBOULLET.	RETTERER.	ZIMMERN.
GUENIOT.			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seraient présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Hommage de piété filiale et de profonde reconnaissance.

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARUK

Médecin en chef de l'Asile Départemental
de Maine-et-Loire

Qui nous a inspiré l'idée de ce travail et guidé dans son exécution. Hommage de sincère reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

Médecin de l'Hôtel-Dieu
Doyen de la Faculté de médecine
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

Qui nous a fait ce grand honneur de vouloir bien accepter la présidence de cette thèse. Nous le prions de croire à notre reconnaissance.

INTRODUCTION

La guerre nous surprit : nous n'étions pas prêts. Depuis quarante ans, l'Allemagne faisait converger toutes ses forces vers ce but unique; chaque heure, chaque minute la trouvait plus puissante, augmentant son armée, améliorant ses armements, discutant les détails de la mobilisation. Et à l'heure qu'elle s'était fixée, sous un prétexte fallacieux, elle lança ses hordes armées à l'assaut de l'Europe. Nous, cependant, ne voulions pas croire à l'imminence du danger. Certains la proclamaient en vain. Le plus grand nombre se berçait d'illusions humanitaires. La loi de trois ans fut cependant votée et le 1er août 1914 arriva.

Devant la réalité, l'élan fut superbe. Chacun courut à son poste; on se battait avec rage, on travaillait avec ardeur. Pendant qu'une partie des Français barrait la route à l'envahisseur, l'autre fabriquait, fabriquait sans relâche tout ce qui manquait à nos armées. Les femmes, les enfants les vieillards se mirent à la terre. Jour et nuit les ouvriers emplissaient les usines. Au sourd grondement du canon, à la crépitation incessante des mitrailleuses du front, répondaient, sans arrêt, de l'intérieur, le choc des marteaux pilons et le ronflement des tours. Des ingénieurs dirigeaient cette production intense : les obus, les canons, les avions sortirent chaque jour en plus grand nombre. On créa des engins nouveaux, et un matin, de sa marche lente mais

puissante, titubant un peu et crachant le feu par tous ses pores, le monstre tank partit, par dessus les tranchées, à l'assaut décisif de l'Allemagne.

De même, au cours de cette guerre, les services se perfectionnèrent peu à peu comme les autres armes. Tel qu'on l'avait prévu, le service de santé en campagne fut insuffisant aux besoins nouveaux imposés par l'ampleur des batailles meurtrières et par la durée des opérations. La puissance des armements, répétait-on avant la guerre, en abrégera la durée. Aussi s'était-on plus préoccupé des blessés que des malades pour qui l'on n'avait pas prévu dans tous les détails la création des centres spéciaux qui peu à peu s'organisèrent aux armées.

Quels progrès réalisés au cours de la guerre dans l'organisation du service de santé ! Au début chacun improvisait, et cherchait à tirer parti des circonstances, à mettre un peu plus de lui-même au service de la Patrie. Tel dépôt d'éclopés constituait une installation de douches avec des gouttières de zinc percées et de vieux cuveaux de bois. Tel médecin d'ambulance s'était fait envoyer ses instruments de spécialité et se livrait à l'ophtalmologie ou à l'oto-rhinologie. Tel autre avait même apporté son installation radiographique. Les mois s'ajoutèrent aux mois. De ces essais individuels, on dégagea des leçons : on organisa. On vit alors les régiments munis d'appareils à douche portatifs ; les ambulances divisionnaires chirurgicales dotées d'un groupe complémentaire de radiographie, et d'un matériel chirurgical complet. Des ambulances automobiles chirurgicales apparurent, véritables usines opératoires, capables de suffire aux besoins d'une armée engagée, dans lesquelles jour et nuit, sans arrêt, six ou huit tables fonctionnaient, desservies par une puissante stérilisation. Dans chaque armée furent institués des centres de spécialités : ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, vénéréologie, dermatologie,

fractures, prothèse faciale, art dentaire, neuro-psychiatrie, etc. Un médecin et un chirurgien consultants furent nommés dans chaque armée. Et quand l'armée se déplaçait, tous ces échelons du service de santé suivaient, personnel et matériel, prêts à fonctionner immédiatement.

De même, à l'intérieur, eurent lieu au début, des initiatives privées qui reçurent dans la suite une consécration officielle.

C'est l'histoire d'une initiative de ce genre que je veux tracer ici, initiative d'autant plus intéressante qu'elle fut précoce. Il s'agit d'un centre de neuro-psychiatrie, organisé en Anjou par M. le Dr Baruk, médecin-chef de l'Asile départemental de Maine-et-Loire.

Angevin, je profitais de mes permissions de détente pour étudier sur place le fonctionnement de ce centre. J'y reçus toujours le meilleur accueil du médecin-chef dont j'avais jadis été l'interne. Qu'il me permette de le remercier ici de sa bienveillance et de retracer la vie du centre dont il fut l'âme.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/uncentredeneurop0000vari

CHAPITRE PREMIER

Utilité des services de neuro-psychiatrie
Création de l'un d'eux en Anjou

Nombreux furent au cours de cette guerre les troubles nerveux et les troubles mentaux. On pouvait s'y attendre. On les observa fréquemment au cours des expéditions coloniales. Après l'expédition sud-africaine et la guerre russo-japonaise, des travaux d'ensemble furent présentés sur cette question. Les médecins russes surtout donnèrent l'alarme et signalèrent la fréquence des cas de folie aux armées, et l'embarras qui en résultait pour le commandement. Ces malades, que l'on ne pouvait évacuer assez rapidement, abandonnaient le combat et erraient en arrière des champs de bataille, causant des dégâts, semant la panique. Les intéressantes observations des médecins russes : Serge Soukhanoff, Vladitcko, Ermakoff, Autokratoff... en font foi. Plus tard, au cours de la guerre balkanique, les mêmes constatations furent faites.

De même, au cours de la plus grande guerre mondiale, et dès le début, apparurent les premiers malades mentaux. Avant même que d'avoir vu l'ennemi, certains rencontrèrent la folie. Des prédisposés ne purent supporter les émotions du début. Le grand frisson patriotique qui parcourut alors le pays, l'enthousiasme, le délire du départ chez certains, peut-être aussi les libations des adieux ; chez d'autres, pusillanimes, la crainte des combats à venir, furent l'occasion, sinon la cause, des troubles mentaux. Évoquons également nos sou-

venirs de départ, la séparation d'avec les êtres chers, le vacarme de l'embarquement, l'entassement dans le wagon bondé, le voyage qui n'en finit pas, la fatigue, la chaleur, la soif, les longues marches, les nuits écourtées, les alertes incessantes, l'attente anxieuse des événements.

Aussi, dès les premiers jours, apparurent des troubles mentaux.

Au front, surtout, ils devaient être nombreux. La guerre est si horrible ! Quand on a suivi les armées en campagne, qu'on a parcouru les champs de bataille, assisté à des combats, bien loin d'être surpris des naufrages de quelques esprits, on est pris d'une vive admiration pour la raison humaine qui subit le plus souvent sans broncher de telles secousses. Tout semble devoir la briser, et la peur qui naît en chacun, et la volonté qu'il déploie pour la dominer.

Comment ne pas faiblir un jour ! Tous ont connu la défaillance, même les plus braves. Ils l'ont surmontée, mais ils l'ont subie. Tant de nuits sans sommeil, de rudes besognes chez les hommes, de responsabilités chez les chefs, de privations de toutes sortes, d'angoisses à la pensée de ceux qu'on a laissés là-bas et qu'on ne reverra sans doute pas; tant d'émotions terribles, quand dans la lumière incertaine du jour qui se lève, ou de la nuit qui tombe, on franchit, crispé, le parapet de la tranchée, pour donner l'assaut; quand autour de soi s'amoncellent les cadavres des camarades; et surtout, quand l'artillerie pilonne tout autour !

Obus et torpilles font rage.

Ce sont les fusants dont on entend cingler la pluie meurtrière; les percutants qui font tant de bruit, vous renversant et vous couvrant de terre; les fouilleurs qui s'enfoncent à plusieurs mètres dans le sol, éclatent sourdement et font tanguer comme un navire la sape dans laquelle on s'abrite. Et ce déluge dure des heures entières. Alors l'esprit est

obnubilé. On entre dans une sorte de stupeur. Il semble que l'on rêve, et cependant on ne peut dormir. Ce bruit très proche paraît lointain. Les éclatements se succèdent et on ne réagit plus. La perspective de la mort laisse indifférent. Sensibilités physiques et morales se sont éteintes. On dort d'un demi-sommeil, tout en ayant conscience de ce qui se passe. On voit, on entend. La tête est creuse, la langue sèche, le corps affalé. Oh ! que la canonnade cesse pour qu'on puisse enfin dormir du vrai sommeil, du sommeil complet qui repose et rend les forces !

Aux canons s'ajoutent les avions. Ils harcèlent les convois sur les routes, les criblant des balles de leurs mitrailleuses. La nuit ils bombardent les cantonnements de repos, les gares, les ambulances. On ne les voit pas; mais on les entend. Ils semblent toujours être au-dessus de la mince baraque de planches ou de la tente sous laquelle on cherche un peu de repos.

Que d'émotions ! Que de fatigues ! Avant la guerre, le professeur Régis avait sonné l'alarme, et, dans son traité classique, il écrivait : « Comme dans les grands sinistres collectifs, on voit des soldats éperdus, fuir automatiquement devant eux, égarés, inconscients, hallucinés parfois, ne sachant plus ce qu'ils font. Tandis que l'assistance médicale est prévue et assurée pour les autres maladies et les accidents de guerre, rien n'a été fait encore en ce qui concerne les troubles psychiques. Il faut espérer que l'exemple donné par la Russie sera suivi par toutes les nations; aujourd'hui, surtout, où les peuples européens sont exposés à des guerres très prolongées. »

Aussi, dès la mobilisation, s'inspirant des leçons du passé, et prévoyant l'arrivée prochaine de malades mentaux évacués des dépôts ou du front, le directeur de l'Asile départemental de Sainte-Gemmes-sur-Loire songea à créer un centre de neuro-psychriatrie pour la région d'Angers.

CHAPITRE II

Des conditions que devait remplir le centre de neuro-psychiatrie

Le service de neuro-psychriatrie devait répondre aux *desiderata* suivants :

1° Assurer aux malades nerveux et mentaux des soins parfaits.

2° Éviter les inconvénients et les formalités de l'internement.

Assurer des soins parfaits

Pour cela un personnel et un matériel appropriés sont nécessaires.

Il faut tout d'abord un *médecin spécialiste* qui connaisse à fond les maladies mentales et nerveuses, qui en ait la longue expérience. Sa mission est particulièrement importante et délicate. Il lui appartient de dépister les simulateurs possibles, puis de trier, de classer tous ces malades si divers.

Ceux-ci sont des débiles ou des alcooliques, prédisposés aux désordres mentaux, dont les émotions ou le surmenage ont accusé la tare. Un peu de repos, quelques soins et les voici rétablis. Une permission de convalescence finira de les guérir et ils seront rapidement rendus à l'armée.

Ceux-là commencent une psychose incurable qui nécessitera leur internement définitif.

D'autres présentent des troubles mentaux au cours d'une infection aiguë : ictère grave, fièvre thypoïde, méningite cérébro-spinale; ils relèvent d'un service d'hôpital et y seront envoyés.

Enfin, certains, impropres au service militaire de par leur état mental ou nerveux, pourront être rendus à la vie civile. Ils seront proposés à un conseil de réforme, avec un avis médical, qui, le plus souvent, entraînera la décision du conseil.

Ce triage délicat sera fait par le médecin spécialiste qui dirigera, de plus, le traitement de ces malades.

Pour le seconder, il lui faut un personnel habitué à ce genre de malades. Les mentaux réclament des soins de tous les instants. Beaucoup d'entre eux sont accessibles à la persuasion. Sans brutalité, avec douceur, mais fermeté, il faut calmer ce maniaque, le mettre hors d'état de se blesser ou de frapper ceux qui l'entourent; encourager à manger ce mélancolique qui refuse la nourriture, au besoin l'alimenter à la sonde; empêcher cet autre de réaliser son projet de suicide; guetter l'épileptique qui tombe et éviter qu'il ne se fasse du mal au cours de ses convulsions; surveiller ce paralytique général qui mange gloutonnement et risque de s'étouffer.

Sans impatience, sans se laisser décourager par des résultats infimes, il faut répéter les mêmes phrases, reproduire les mêmes gestes, et toujours avec persévérance, avec douceur : c'est le rôle de l'infirmier.

Il faut un personnel entraîné : il faut de plus des *locaux appropriés*. L'air pur de la campagne, la largeur des horizons, l'agrément du site sont à rechercher. Il faut des salles hautes, claires, bien aérées; des dortoirs et d'autres chambres de repos pouvant servir également de réfectoires; au besoin des chambres d'isolement. Les fenêtres seront munies de grillages pour empêcher les suicides par précipitation.

Il faut surtout une installation complète d'*hydrothérapie*, permettant de donner non seulement des douches chaudes ou froides, en pluie ou en jet; mais des bains chauds prolongés, de plusieurs heures, qui constituent le sédatif par excellence, aussi bien dans les états d'excitation maniaque ou de délire alcoolique que dans ceux d'anxiété mélancolique.

Pour assurer tous ces avantages au service de neuro-psychiatrie militaire, le moyen le plus complet et le plus rapide était de l'établir à proximité d'un établissement qui les possédât. Aussi fut-il installé dans l'enceinte de l'Asile départemental de Sainte-Gemmes-sur-Loire, près Angers.

Eviter les inconvénients et les formalités de l'internement

Ces inconvénients sont doubles. Ils existent pour le malade et pour l'armée.

Pénétrant dans un asile d'aliénés, le malade en subit la *promiscuité* qui est mauvaise. Beaucoup de militaires ne sont que légèrement atteints. Ils souffrent d'une dépression psychique, d'une confusion mentale passagère qui guériront rapidement. Le spectacle des grands malades chroniques, délirants, maniaques, leur sera pénible, augmentera leur terreur. Ils pourront même être victimes des violences de ces agités. Sans doute, on peut remédier à ces inconvénients en procédant à un classement des malades et en les groupant d'une façon appropriée.

Mais il subsiste pour le malade un inconvénient d'un autre ordre. Interné, il porte aux yeux de beaucoup une *tare* dont il ne s'affranchira plus. Un préjugé veut que le monde soit divisé en sains d'esprit et en aliénés. Pour beaucoup, troubles mentaux et folie sont synonymes. A plus forte raison, l'ancien interné passera-t-il pour un homme

dangereux ou inutilisable. Son avenir sera gravement compromis; il ne pourra pas trouver à s'employer. Cette tare sera étendue à sa famille et lui nuira.

L'internement est donc préjudiciable au malade. Il l'est également à l'armée. Au début de la guerre, tout homme dont l'internement était prononcé était par là même réformé [1]. La confusion règnait encore entre les troubles mentaux et l'aliénation chronique. Or, de ces malades de guerre, beaucoup, le plus grand nombre, ont guéri. Sur 932 qui sont entrés au centre de Sainte-Gemmes, 427 ont pu rejoindre leurs unités; et nous ne comptons pas ceux qui ont été transférés et perdus de vue, ni ceux qui étaient encore en traitement quand nous avons fait ces recherches. On voit par là de combien d'éléments se serait privée l'armée, si ces dispositions avaient été conservées. Elles furent d'ailleurs rapportées quelques mois après le début de la guerre, puis de nouveau rétablies en avril 1919. La circulaire du 3 juin 1897 a donc repris sa vigueur.

Quand le centre de neuro-psychiatrie de Sainte-Gemmes fut fondé en août 1914, cette circulaire avait tout son effet, et on comprend l'intérêt qu'il y avait alors à imaginer un service dans lequel le malade fut reçu sans être interné.

On évitait de plus la perte de temps résultant des formalités de l'internement, définies par l'article 544 du règlement du service de santé [2]. La nécessité imposée à l'autorité

[1] « Circulaire du 3 juin 1897. *Bulletin officiel*, édition méthodique. Vol. 83. »

[2] Art. 544 « En principe, toute demande d'admission d'un militaire dans un établissement d'aliénés est établie par le général commandant la subdivision et adressée dans les départements au préfet, à Paris au préfet de police.

En cas de danger imminent, la demande est adressée au commissaire de police à Paris, et au maire, dans les communes.

Elle est accompagnée :

1° De l'état signalétique;

2° D'un certificat de médecin-chef indiquant les caractères de la maladie et constatant l'état mental du militaire, ainsi que la nécessité de le tenir enfermé dans un établissement d'aliénés ». (Règlement du service de santé. 1902.)

militaire de demander au préfet de prendre un arrêté d'internement crée des retards et parfois de véritables difficultés, les bureaux de la préfecture pouvant différer d'opinion avec le service de santé sur le caractère dangereux présenté par le sujet et sur la nécessité et l'urgence de son placement d'office.

Pour éviter les inconvénients de l'internement, et, en même temps, pour présenter les avantages de l'asile, voici comment fut organisé le centre de neuro-psychiatrie de Sainte-Gemmes. Dans l'enceinte de l'asile, un bâtiment isolé fut choisi, clair, aéré, de construction récente, de propreté parfaite, attenant au jardin. Le personnel infirmier fut désigné avec soin. Le service était constitué : service ouvert dans lequel pénétraient les malades sur présentation du simple billet d'hôpital. Ce service fut rattaché à l'hôpital mixte d'Angers dont il devint une dépendance.

Et ainsi fut rapidement organisé un des premiers centres de neuro-psychiatrie. Cinq jours après la mobilisation il était en état de fonctionner et le 9 août 1914 arrivaient les premiers malades.

CHAPITRE III

Fonctionnement du centre de Neuro-Psychiatrie

Le service de neuro-psychiatrie fut d'abord limité à la garnison de la place d'Angers, garnison considérable, composée des dépôts des régiments d'infanterie, de cavalerie, de génie, d'artillerie. Des dépôts des régions du Nord en augmentèrent encore l'importance.

En avril 1915, M. le professeur Régis, de Bordeaux, fut chargé par le ministère d'une enquête relative à l'assistance des militaires atteints de troubles mentaux. Il inspecta le service de Sainte-Gemmes et se montra satisfait de son fonctionnement auquel il fait allusion dans un article de la *Presse médicale* (mai 1915).

A la suite de cette inspection, ce service de neuro-psychiatrie devint un centre pour toute la 9e région et le demeura jusqu'en octobre 1917. Tours fut alors doté d'un centre analogue dont le service de Sainte-Gemmes devint le sous-centre. Enfin, en février 1919, le service de Tours cessa de fonctionner et celui de Sainte-Gemmes redevint le centre de la 9e région.

Durant ces 56 mois, d'avril 1914 à mars 1919, 931 malades passèrent par le centre de neuro-psychiatrie. Leur mouvement est résumé dans le tableau suivant :

Sortis guéris (convalescents ou rejoignant directement leurs dépôts)	427
Réformés	217
Internés	120
Décédés	31
Transférés	102
En traitement en mars 1919	34
TOTAL	931

Dans ces 931 malades, on compte :

Officiers	23
Sous-officiers	44
Soldats	864
	931

Ils arrivèrent :

Du front	402
D'ailleurs (hôpitaux d'intérieur, dépôts)	529
	931

Ces malades furent de nationalités diverses. On compte :

Troupes métropolitaines	884
Coloniaux	15
Tirailleurs sénégalais	10
Légion étrangère	6
Belges	1
Serbes	1
Italiens	3
Polonais	3
Indo-Chinois	1
Allemands	7
	931

La durée de séjour des malades fut également variable. La durée moyenne est de 1 à 3 mois. Après ce temps, la plupart sont ou améliorés et envoyés en convalescence, ou proposés pour la réforme, ou internés définitivement. Le tableau ci-dessous indique par mois la durée de séjours :

Nombre des malades ayant passé au centre de neuro-psychiatrie moins d'un mois	89
1 mois	151
2 —	181
3 —	161
4 —	140
5 —	183
6 —	33
7 —	22
8 —	15
9 —	8
10 —	9
11 —	5
	897
Malades en traitement	34
TOTAL	931

Quant aux maladies nerveuses et mentales dont furent atteints les hospitalisés du centre, elles furent très variées. Nous allons en aborder l'étude.

CHAPITRE IV

Maladies observées au centre de neuro-psychiatrie

A. — Maladies mentales

§ 1er. — *Dégénérescence et débilité mentales.*

Ce diagnostic figure le plus souvent sur les observations du centre de neuro-psychiatrie. Dans un ouvrage publié en 1903, « *Sulla delinquenzia e sulla pazzia dei militari* » le psychiatre italien Filippo Saporito insiste sur la fréquence de la dégénérescence mentale dans les psychopathies des militaires. En 1903 et 1904, sur 1.088 et 1.097 réformes opérées pour trouble mental dans l'armée française, on trouve 194 et 158 cas d'imbécillité (Pactet, R. P. 1906). De même avons-nous rencontré beaucoup de débiles.

Les malades de cette catégorie présentent le plus souvent des tares congénitales. Leurs antécédents héréditaires sont chargés : tuberculose, alcoolisme. A l'école ils étaient en retard sur leurs camarades; dans la vie civile, ils occupaient des emplois modestes, ou ne pouvaient gagner leur vie, changeant continuellement de place, se faisant renvoyer pour leur incapacité ou leur irrégularité. A leurs misères l'alcool apporte souvent son appoint. Les fatigues, les émotions de la guerre ont pu augmenter leurs tares : elles ne les ont pas créées.

On constate parfois chez eux des bouffées délirantes ou mélancoliques, des signes de confusion mentale. Mais ce qui domine, c'est la débilité des fonctions intellectuelles, qu'on

	A. — MALADIES MENTALES	Guéris ou améliorés	Réformés	Internés	Décédés	Transférés	En traitement	Total
1	Dégénérescence et débilité mentales	72	60	28		27	12	199
	Imbécillité congénitale		6					6
2	Mélancolie anxieuse et dépression mélancolique	51	1	13	4	13	4	116
3	Confusion mentale simple ou hallucinatoire	59	6	10		6	3	84
	Confusion mentale stupide	3	3	2	2			10
4	Démence précoce		5	7				12
5	» paranoïde		4	3				7
6	Excitation maniaque	7	6	3	2			18
	Délire aigu				4			4
7	Délire de persécution	4	6	14		1		25
	Délire polymorphe	9	1	1		1		12
	Délire mystique		1					1
8	Épilepsie	29	37	4	7	9	2	88
9	Hystérie	50	6	4		13	3	76
	Somnambulisme	1						1
10	Paralysie générale	2	10	17	1	4	1	35
11	Neurasthénie	21	2			5	2	30
	Psychasthénie	14	5			4	1	24
12	Dépression psychique	13	3	1		5		22
13	Psychose périodique		4					4
14	— polynévritique		1					1
15	Amnésie	5				2		7
16	Aphasie		3					3
17	Traumatismes crâniens	2	1			1		4
	Intoxications — Alcoolisme aigu	16	3	2		4		25
	Intoxications — Alcoolisme subaigu	53	4	3		5	5	70
18	Intoxications — Alcoolisme démentiel	5	1	4			1	11
	Intoxications — opium		1					1
	Intoxications — morphine	2				1		3
	Intoxications — cocaïne	1						1
	TOTAL	420	209	116	24	97	34	900

	B. MALADIES NERVEUSES	Guéris ou améliorés	Réformés	Internés	Décédés	Transférés	En traitement	Total
1	Chorée	1	1					2
2	Tabes		2					2
3	Syphilis cérébrale	1		3		1		5
4	Tumeur cérébrale			1				1
5	Hémorragie cérébrale				1			1
6	Ramollissement cérébral				1			1
7	Insolation		1					1
8	Polynévrite	1	1					2
	TOTAL	3	5	4	2	1		15
	C. — MALADIES INFECTIEUSES							
1	Méningo-encéphalite				1			1
2	Méningite cérébrospinale					3		3
3	Oreillons				1			1
4	Pneumonie	1						1
5	Urémie convulsive	1						1
6	Ictère grave				1			1
7	Fièvre typhoïde	2			1	1		4
8	Tuberculose pulmonaire		3		1			4
	TOTAL	4	3		5	4		16

retrouve aux diverses phases de leur vie et qui persiste après l'amélioration des autres troubles.

Beaucoup de ces hommes sont des récupérés. Réformés ou ajournés, à juste titre, par des conseils de révision, ils ont été repris depuis la guerre. D'autres ont fait leur service militaire. Nous les avons connus à la caserne, toujours en retard aux rassemblements, incapables de se tirer d'affaire, lents, empêtrés, rebelles à ce qui nécessite un effort intellectuel, ne pouvant apprendre une ligne de théorie, risée de leurs camarades, têtes de turcs des sous-officiers. Leurs livrets militaires sont chargés de punitions. Pendant la guerre, le commandement s'est montré plus exigeant sur la valeur des hommes. Les chefs de section ayant à compter sur eux se sont efforcés de les mieux connaître. Entre eux les hommes se sont mieux observés et ont dénoncé aux officiers ceux de leurs camarades incapables de comprendre une consigne ou d'exécuter une manœuvre. Présentés d'office à la visite médicale, ces débiles ont été évacués sur des centres spéciaux.

Beaucoup présentent une sorte de mélancolie vague. Ils s'isolent de leurs camarades dont ils redoutent les moqueries, parlent peu, pleurent à tout propos. Témoin ce certificat :

« Le nommé X. est atteint de débilité mentale caractérisée par un arrêt de développement des facultés intellectuelles. Sur ce fonds de débilité s'est greffé un état de dépression mélancolique dû à l'impossibilité où il était d'exécuter les commandements reçus et à sa croyance d'être un objet de risée pour ses camarades. »

Même état relaté dans l'observation I.

D'autres dégénérés se révèlent par une fugue. Mais tandis que le dément ou le confus partent aussi bien vers l'avant, le débile prend à coup sûr la direction de l'arrière. Des tranchées il rejoint son dernier cantonnement; ou, si

son unité est au repos, la quitte et erre dans les environs (Observation II).

Le plus grand nombre de ces malades, sous l'influence du calme et du repos ont subi une amélioration. Mais le déficit intellectuel est demeuré. Sur 199, 60 ont été réformés et 28 internés, 72 ont guéri.

§ 2. — *Mélancolie anxieuse et dépression mélancolique.*

116 cas ont été observés. Près de la moitié des malades étaient de véritables mélancoliques, présentant une anxiété profonde, s'accusant de nombreux crimes, en attendant ou réclamant le châtiment; refusant la nourriture; cherchant à se supprimer; en proie à un désespoir immense, accru par des hallucinations de toutes sortes. 31 furent réformés, 13 internés; 4 moururent. Leur maladie ne peut être imputée à la guerre.

Par contre, dans beaucoup d'autres cas, on observe une simple dépression mélancolique, consécutive à une commotion cérébrale ou une forte émotion. Ces malades de la guerre ont le plus souvent guéri (Observations III, IV. V).

§ 3. — *Confusion mentale.*

La confusion mentale est le type le plus répandu des psychoses de guerre. C'est elle qui représente le mieux la « pathologie acquise de l'homme sain », selon l'expression de Devaux et Logre. C'est avant tout une psychose d'épuisement, apparaissant chez des hommes exempts de tare, à la suite de grandes fatigues, de commotion cérébrale ou le plus souvent de fortes émotions. Dans son précis de psychiatrie, le professeur Régis la définit « une psychose généralisée, caractérisée par une torpeur, un engourdissement toxique de l'activité psychique supérieure, poussée parfois jusqu'à la suspension; accompagnée ou non d'au-

tomatisme onirique délirant, avec réaction adéquate de l'activité générale et des diverses fonctions de l'organisme. »

Nous en avons noté 84 cas.

Que la toxicité qui produit l'engourdissement soit due à une inhibition émotionnelle des fonctions organiques, ou à une maladie infectieuse (méningite cérébro-spinale, fièvre thyphoïde, ictère grave), le résultat est le même et les symptômes analogues.

Le plus souvent, dans les observations recueillies, la confusion n'a pas apparu au moment même de la commotion ou de l'émotion causales. C'est plus tard, après réflexion, quand le sujet s'est mis hors de danger, et qu'il s'abandonne en quelque sorte. Dans son lit d'ambulance ou d'hôpital, le malade médite sur les dangers qu'il a courus, sur le « marmitage » qu'il a subi, sur le carnage qu'il a contemplé, et son esprit chancelle. En même temps, il souffre de céphalée; son appétit diminue, sa langue est sale. Le teint devient terreux, l'expression atone, la mimique incertaine, ébauchée. La torpeur apparaît.

Parmi les malades que nous avons observés, le plus grand nombre ont présenté cette simple forme de confusion et ont rapidement guéri. Chez d'autres la confusion prit la forme hallucinatoire. Ces malheureux étaient en proie à des hallucinations terrifiantes, contemplant les spectacles les plus horribles de la guerre. Cependant, à l'encontre des maniaques, ils n'avaient jamais de crises d'excitation et de fureur; leur attitude exprimait l'étonnement, la frayeur. Leur délire est le plus souvent d'origine *onirique*. Le rêve qui est apparu pendant le sommeil se continue au réveil. Le malade ne dort plus : il voit, il entend, mais d'une façon confuse. Il est subconscient. Dans son esprit engourdi le rêve se déroule, captant toute son attention (Observation VI).

A un degré plus avancé, la confusion mentale revêt la forme *stupide*. 10 cas se sont présentés. L'état des malades

rappelle celui qu'on observe chez les soldats exposés à un bombardement prolongé. Stupeur profonde; demi-sommeil avec diminution de la sensibilité et indifférence absolue; Milian l'appelle « hypnose des batailles « (Observation VII).

Sous ces diverses formes, qu'elle soit consécutive à une émotion ou à une maladie infectieuse, la confusion mentale s'accompagne presque toujours de troubles de la mémoire. Par eux se traduit l'atteinte portée aux fonctions de l'intelligence. Cette amnésie, le plus souvent rétrograde, s'étend aux événements les plus récents. C'est une amnésie de fixation. Le malade oublie, parce qu'il est incapable de l'attention suffisante pour fixer dans sa mémoire ce qu'il voit ou ce qu'il entend. Quelquefois même, dans les cas de confusion post-commotionnelle, l'amnésie est antéro-rétrograde, atteignant les événements antérieurs au traumatisme (Observations VIII, IX, X).

Le plus grand nombre de ces malades, 59, ont quitté le centre après guérison. Chez quelques-uns la confusion a passé à l'état chronique nécessitant 6 réformes et 12 internements. On note même deux cas de mort par syncope au cours d'état de stupeur profonde.

§ 4. — *Démence précoce.*

Nous rapprochons à dessein la démence précoce de la confusion hallucinatoire. Certains auteurs, en effet, décrivent deux types de démence précoce :

La *démence précoce accidentelle*, consécutive à un accès de confusion mentale stupide, devenue chronique. Les cas de ce genre observés au centre de neuro-psychiâtrie ont été classés dans les confusions mentales dont nous venons de parler. Ce sont eux qui ont justifié des réformes ou des internements.

La *démence précoce constitutionnelle.* C'est de cette véritable démence précoce qu'il s'agit. Masselon la définit « une psychose qui débute le plus souvent dans l'adolescence et qui est caractérisée par un affaiblissement spécial et progressif des facultés intellectuelles, évoluant plus ou moins rapidement vers la démence, soit simplement, soit à travers des phénomènes aigus, qui consistent en états de stupeur ou d'agitation ou en délires plus ou moins mal systématisés. »

Nous en avons rencontré 12 cas qui ont imposé 5 réformes et 7 internements. Ces malades présentaient du négativisme, de la suggestibilité, des attitudes stéréotypées. Sans motif, ils riaient aux éclats. Le refus de nourriture impose parfois l'alimentation à la sonde (Observation XI).

§ 5. — *Démence paranoïde.*

Cette forme de démence présente avec la précédente de nombreuses analogies : affaiblissement intellectuel à développement précoce, phénomènes de négativisme et de stéréotypie. Elle se distingue par l'importance plus grande des troubles sensoriels et des conceptions délirantes. Mais ces conceptions sont absurdes, incohérentes, différant par là de celles des délires systématisés (Observation XII).

Nous en avons rencontré 7 cas dont 4 entraînant la réforme et 3 l'internement.

§ 6. — *Excitation maniaque.*

On sait en quoi consiste ce syndrome mental : accroissement morbide de l'activité à la fois physique et psychique. Cette suractivité se traduit d'une part par un besoin continuel de mouvement, d'autre part par une surabon-

dance d'idées qui se succèdent si rapidement qu'elles constituent ce que les allemands appellent « fuite des idées ». Cette succession d'idées est parfois tellement rapide que le langage ne parvient pas à les exprimer toutes d'une façon nette; il se produit alors de tels coq-à-l'âne qu'on finit par croire à une véritable incohérence. Cette dernière n'est qu'apparente et diffère notablement de l'incohérence foncière de la démence précoce.

Ce syndrome n'a rien de spécial à la guerre. Aussi ne l'a-t-on pas observé d'une façon particulièrement fréquente; et la statistique du centre de Sainte-Gemmes n'en signale que 18 cas. L'observation XIII reproduit l'histoire d'un de ces malades. Sur ces 18 cas, 7 se sont terminés par la guérison, 6 ont abouti à la réforme, 3 à l'internement. Deux malades sont décédés.

§ 7. — *Délires.*

Délire aigu. — 4 cas de délire aigu furent observés. Ils se terminèrent tous par le décès (Observation XIV).

Délire de persécution. — Nous en notons 25 cas dont 4 transitoires avec guérison; 14 malades furent internés 6 réformés (Observation XV).

Délire polymorphe. — Dans cette psychose, les idées délirantes sont de toutes sortes, mais elles se succèdent sans aucune suite. Le plus souvent on rencontre mélangées des idées de grandeur et de persécution, apparaissant simultanément et non sous l'influence d'un raisonnement comme chez le persécuté qui, des tourments qu'il se croit imposés, conclut à l'importance de sa personne (Observation XVI).

Délire mystique. — Un cas fut observé qui entraîna la réforme (Observation XVII)

§ 8. — *Epilepsie.*

88 malades sont arrivés porteurs de ce diagnostic. Dans un tiers des cas, ou bien le diagnostic était erroné : il s'agissait de crises convulsives d'origine pithiatique; ou bien la forme du mal était très atténuée. C'est ainsi que 29 sujets entrés pour épilepsie ont regagné leurs unités, après convalescence, ou ont été versés dans le service auxiliaire. Des autres, 37 furent réformés et 4 internés, 7 décès survinrent au cours de crises subintrantes.

Les commotions ou émotions peuvent-elles provoquer l'épilepsie? Léry a présenté quelques observations concluantes. Nous n'en avons pas d'analogues. Ce qui ressort nettement de l'histoire de ces nombreux malades, c'est qu'en changeant leurs habitudes et leur régime, sous l'influence de la fatigue et des insomnies, et bien souvent hélas ! de l'alcool, des épileptiques légers, aux crises atténuées et seulement nocturnes, ont vu leur mal empirer. Les crises ont augmenté de fréquence ou d'intensité et se sont ainsi révélées. Cependant, en interrogeant avec soin ces malades, on apprend qu'autrefois ils ont eu des petits malaises, des vertiges ou pertes très courtes de connaissance, de l'incontinence nocturne d'urine, des impulsions. La maladie est donc antérieure à la cause apparente (Observation XVIII).

Rappelons l'importance, en médecine légale militaire, du diagnostic des formes frustes d'épilepsie, dans les cas de fugues ou d'actes de violence.

§ 9. — *Hystérie.*

76 cas d'hystérie se sont présentés; les uns chez des sujets qui n'étaient pas allés au feu, le plus grand nombre

chez des soldats du front, à la suite de la fatigue, du surmenage, des émotions. Les antécédents héréditaires ou personnels ne paraissent pas jouer un rôle important, du moins dans les cas observés le plus souvent, ceux de petite hystérie. Les grandes attaques se sont montrées exceptionnellement.

Le plus souvent les accidents hystériques ne se sont pas manifestés de suite. C'est un certain temps après la commotion ou l'émotion que le malade, s'étant suggestionné, présente des symptômes pithiatiques. Les médecins des corps de troupe sont unanimes à déclarer la rareté des cas d'hystérie constatés par eux. De notre côté, nous avons accompagné un bataillon d'infanterie pendant trente mois et n'avons observé que deux cas de ce genre, et encore se sont-ils produits pendant des périodes de repos. Cependant fréquents sont les troubles pithiatiques aux centres de neuro-psychiatrie des armées ou de l'intérieur.

Dumas, expert psychiatrique de la troisième armée, en donne l'explication suivante : Beaucoup de ces émotionnés ou commotionnés font, à la suite du shock initial, une confusion mentale légère, passant souvent inaperçue, au cours de laquelle ils se suggestionnent déterminant ainsi l'apparition des phénomènes pithiatiques. « L'émotion, étant un élément de dislocation de la personnalité, favorise la suggestion » (Observation XIX).

Le plus souvent, ces troubles pithiatiques ont disparu sous l'influence de la persuasion et de l'hydrothérapie. 50 malades ont pu rejoindre leurs unités, après un congé de convalescence, 6 ont été réformés, 4 internés.

Nous relevons 4 cas de *mutisme*, dont un consécutif à une lésion du plancher de la bouche (Observations XX et XXI), 3 cas de *incrycisme ;* 1 cas d'*incontinence complète de l'urine et des matières fécales* chez un soldat de vingt-huit ans. C'est aux tranchées que débuta la double incontinence, déterminant l'évacuation du malade. A son arrivée au

centre, l'incontinence des matières avait à peu près cessé. Elle ne dura que quelques jours. L'incontinence d'urine fut plus rebelle. La guérison complète fut obtenue en trois mois.

L'observation XXII est celle d'un simulateur entré avec le diagnostic « contracture hystérique ».

Notons un cas de somnambulisme léger, qui se termina par la guérison.

§ 10. — *Paralysie générale.*

Cette affection fut observée assez fréquemment. Nous ne en avons trouvé 35 cas dont 10 entraînèrent la réforme et 17 l'internement. 2 cas douteux s'améliorèrent suffisamment pour permettre le départ en convalescence. Un décès survint.

Les commotions ou émotions peuvent-elles engendrer la paralysie générale? Non, à proprement parler, puisqu'on lui attribue unanimement une origine syphilitique; mais elles peuvent en aider l'apparition. « La paralysie générale n'est certainement pas uniquement de la syphilis; c'est de la syphilis plus quelque chose qui nous est inconnu;... les traumatismes, les surmenages physiques, intellectuels et moraux, sont des éléments dont l'observation clinique ne peut méconnaître la valeur. » Ils agiraient en localisant la syphilis. La Société clinique de médecine mentale et la Société de psychiatrie ont approuvé cette manière de voir, en admettant pour les paralytiques généraux la possibilité d'une réforme n° 1 (7 juillet 1917).

Rappelons, au point de vue militaire, l'importance du diagnostic précoce de la paralysie générale, pour établir, en cas de délit, l'irresponsabilité d'un sujet d'apparence normale. Dans les observations de nos malades, nous trouvons au début de leur mal des erreurs, des oublis

singuliers, des excentricités; une modification de leur caractère et de leur affectivité; une sensation de malaise et de fatigue, parfois de la céphalée, des troubles digestifs.

§ 11. — *Neurasthénie et psychasthénie.*

« La neurasthénie est essentiellement un syndrome de fatigue excessive et prolongée, de surmenage physique et psychique. » (Léry).

Tantôt domine l'*épuisement physique :* le malade éprouve un malaise général, de la céphalalgie : il est incapable de tout effort; il dort mal et se réveille plus fatigué que la veille. Tantôt domine l'*épuisement psychique :* le malade est incapable de vouloir : ses facultés intellectuelles sont diminuées, sa mémoire affaiblie, son jugement paresseux; la lecture, l'écriture lui sont pénibles; il se laisse aller au gré de ses caprices, sans avoir la force de leur résister. Le premier malade est un *neurasthénique ;* le second un *psychasthénique.*

Nous avons relevé 30 cas de neurasthénie et 24 de psychasthénie, terminés presque tous par la guérison; 7 ont nécessité la réforme.

Les troubles de ce genre ont été moins nombreux au front qu'à l'arrière. Au front les émotions sont plus vives, mais les préoccupations moindres. L'officier, le soldat n'ont pas le temps de s'occuper d'eux-mêmes, de s'abandonner. L'activité déployée, la distraction et le réconfort de la vie en commun ferment la porte au « cafard ». Bien souvent, quand il la force, il vient de l'arrière. C'est le souci de sa famille ou de ses affaires qui déprime le moral du combattant plus que les fatigues et les dangers de son métier.

Les psychasthéniques sont en général cultivés. Ils sont habitués à réfléchir, à s'analyser. Ils sont eux-mêmes les

juges de leur déchéance physique et en souffrent cruellement (Observation XXIII).

§ 12. — *Dépression psychique.*

Forme de confusion mentale lègère, voisine de la psychasthénie, la dépression psychique s'est montrée de plus en plus fréquente au cours de la guerre. A la longue, le courage diminue; l'énergie se lasse. Tant de fatigues, de privations, d'émotions répétées usent le corps et l'esprit. L'homme résiste pourtant et fait bonne figure. Survient une blessure : la dépression apparaît (Observations XXIV, XXV).

Ou bien, c'est à la suite d'une crise de confusion mentale post-commotionnelle que s'en révèlent les symptômes (Observation XXVI).

Ces états dépressifs guérissent le plus souvent en quelques jours ou en quelques semaines.

§ 13. — *Psychose périodique.*

Nous en avons observé 4 cas. Dans l'un, le malade avait déjà subi trois internements. Il s'agissait d'un maniaque dont les accès survenaient après des intervalles de lucidité d'une durée variable.

Dans deux autres cas, la psychose présenta la forme circulaire avec période d'excitation maniaque suivie de période de dépression mélancolique, puis période de lucidité (Observation XXVII).

§ 14. — *Psychose polynévritique.*

La *maladie de Korsakoff* fut observée une fois, chez un

syphilitique de quarante-deux ans, présentant une paraplégie et de l'amnésie de fixation. Il fut réformé.

§ 15. — *Amnésie.*

Nous notons 7 cas d'amnésie, sans confusion mentale; un consécutif à une *fièvre typhoïde*, les autres à des *commotions cérébrales* (Observation XXVIII). La guérison ou une amélioration considérable furent obtenues dans tous les cas.

§ 16. — *Aphasie.*

Nous en avons relevé 3 cas : un consécutif à une *fièvre typhoïde* avec agraphie complète, cécité et surdité verbales partielles; les autres à des *traumatismes crâniens* (Observation XXIX).

§ 17. — *Traumatismes crâniens.*

Nous avons observé 4 trépanés pour blessure du crâne par projectile. Les symptômes qu'ils présentent ont une grande analogie avec ceux des commotionnés : céphalée exagérée par les mouvements brusques, éblouissements ou même vertiges (Observation XXX); insomnie, troubles de la parole et de la mémoire (amnésie de fixation); inaptitude à tout travail.

Cet état, comme on le voit, est très voisin de la confusion mentale chronique (Observation XXXI).

Parfois apparaissent des crises épileptiformes (Observation XXXII).

§ 18. — *Intoxications.*

En tête, vient l'*alcoolisme*. Nous en notons 106 cas,

dans lesquels l'alcool est la cause directe et indiscutable des troubles mentaux produits. Mais combien d'autres fois il a joué dans leur genèse un rôle important ! Combien de fois n'a-t-il pas « fait le lit de la folie » !

Lentement, sourdement, en rongeant les estomacs, en imprégnant les cervaux, en troublant les sommeils, il a prédisposé aux dépressions psychiques, aux états confusionnels, aux excitations maniaques. L'homme tenait toujours, il semblait solide; mais, à la moindre secousse émotive, il est tombé.

L'alcoolisme sévissait d'ailleurs plus fortement à l'intérieur qu'au front et on trouvait plus souvent ses stigmates chez les malades arrivés des dépôts que chez les évacués des armées.

Nous avons noté 25 cas de délire aigu (Observation XXXIII), dont 4 mortels; 70 cas d'alcoolisme chronique avec intelligence affaiblie, cauchemars, bouffées délirantes ou confusionnelles; 11 cas de déchéance mentale avancée, dont 4 de véritables démence nécesitèrent l'internement.

Signalons un morphinomane devenu *opiomane*, traité au centre, guéri, renvoyé à son dépot, réintégré et finalement réformé.

Un fumeur d'opium devenu *morphinomane*, désintoxiqué après trois mois de traitement; un morphinomane qui avait atteint la dose journalière de 1 gr. 50, guéri après cinq mois de traitement;

Un *cocaïnomane* également désintoxiqué au centre.

B. **Maladies du système nerveux**

Nous avons noté 2 cas de *chorée de Sydenham* avec mouvements désordonnés des membres et de la face, provoquant une dysarthrie spéciale et une difficulté de la déglutition (Observation XXXIV).

2 cas de *tabes* avec dégénérescence mentale dans l'un et antécédents syphilitiques dans l'autre.

La *syphilis cérébrale* s'est manifestée cinq fois, provoquant des ictus légers, des hémiplégies faciales, avec ptosis de la paupière, des tremblements, des céphalées rebelles, de l'incontinence d'urine dans un cas. Les malades ignoraient parfois leur syphilis, mais la réaction de Wassermann se montra toujours positive et le traitement mercuriel ou arsenical amena une amélioration de leur état.

Nous avons également relevé un cas de *tumeur cérébrale*, avec céphalée intense, troubles de la vision et dépression mélancolique accentuée, allant jusqu'aux idées de suicide (Observation XXXV).

Un malade atteint d'*hémorragie cérébrale* succomba deux jours après son admission (Observation XXXVI).

Un cas de *ràmollissement cérébral* chez un homme de quarante et un ans se termina par la mort. A son arrivée, le malade présentait une hémiplégie droite, avec sensibilité conservée; réflexes rotuliens exagérés, à droite surtout; signe de Babinsky très net à droite. Il tomba presque immédiatement dans le coma, avec déviation conjuguée de la tête et des yeux. Le hoquet survint et le malade ne survécut que trois jours.

Nous avons observé également des troubles nerveux consécutifs à une *insolation*, caractérisés par de l'embarras de la parole, de l'amnésie et des phénomènes pithiatiques (Observation XXXVII).

Enfin, nous avons rencontré 2 cas de polynévrite, l'un post-diphtérique (Observation XXXVIII), l'autre consécutif à une fièvre thyphoïde qui nécessita une réforme n° 1 (Observation XXXIX).

C. — Maladies infectieuses

Des troubles mentaux peuvent apparaître au cours de diverses maladies infectieuses. C'est ainsi qu'ont été dirigés sur le centre de neuro-psychiatrie des malades dont le désordre mental passait au second plan, l'affection causale attirant l'attention et imposant le traitement.

De ces malades certains furent dirigés sur des hôpitaux, d'autres traités au centre.

Un cas de *méningo-encéphalite* se termina rapidement par la mort (Observation XL).

3 *méningites cérébro-spinales* furent diagnostiquées. Les malades avaient une température élevée, un pouls lent, une raideur accentuée de la nuque, de violents maux de tête; les réflexes rotuliens étaient abolis. Le signe de Kœrnig et la raie méningitique existaient. La ponction lombaire donna issue à un liquide louche et abondant.

Ils furent dirigés sur l'hôpital mixte pour recevoir le traitement approprié.

Un malade atteint d'*oreillons* fut dirigé sur le centre parce que présentant des symptômes de confusion mentale. Il mourut en état de stupeur.

Un cas de délire fut observé au cours d'une *pneumonie*. Le malade agité, désorienté, paraissait en proie à de nombreuses hallucinations. La température atteignait 40°. L'auscultation révéla une pneumonie du côté gauche. Les troubles mentaux disparurent en même temps que la fièvre et le malade guérit en une semaine.

Un malade évacué pour mal comitial présenta des crises d'*urémie convulsive* avec coma, myosis, respiration de Cheyne-Stokes. L'albumine, décelée dans les urines, disparut progressivement au cours du traitement et le malade n'eut plus de crises. Il fut envoyé en convalescence.

Un malade atteint de confusion mentale au cours d'un *ictère grave* succomba le jour de son admission.

4 malades atteints de *fièvre thyphoïde* furent dirigés sur le centre de neuro-psychiatrie.

L'un était dans un état d'agitation extrême, auquel succéda une dépression profonde, avec adynamie absolue, perte de connaissance. Il mourut. L'examen du malade avait révélé des taches rosées sur l'abdomen, du gargouillement dans la fosse iliaque gauche, une langue sèche et rôtie, une rate hypertrophiée, une température élevée. Le séro-diagnostic s'était montré positif.

Dans deux autres cas, on observa un état confusionnel avec idées mélancoliques ou de persécution, amnésie de fixation. La guérison fut obtenue.

Dans le quatrième cas, le malade tomba rapidement dans un état de dépression psychique accusé, avec phobies ridicules. Cette dépression persista après la guérison. Elle s'accompagna de mouvements pithiatiques, simulant la sclérose en plaques, et nécessita la réforme.

4 malades atteints de *tuberculose pulmonaire* furent soignés au centre de Sainte-Gemmes. L'un, très avancé, fit du délire d'épuisement avant sa mort. Les trois autres furent en proie à des idées de mélancolie et d'hypochondrie (Observation XLI).

CHAPITRE V

Observations

OBSERVATION I

Débilité mentale

B..., 34 ans. Rien à noter dans les antécédents héréditaires ou personnels. Stigmates de dégénérescence : voûte ogivale, oreilles à peine ourlées, rabattues, lobules adhérents.

Sait lire et écrire. Pas d'autre instruction.

Parti au front en février 1915. Blessé légèrement. Évacué en février 1917 sur Château-Thierry, pour fatigue générale, étourdissements. De là dirigé sur le centre de Sainte-Gemmes.

« J'étais, dit-il, en butte aux taquineries de mes camarades qui se moquaient de moi, parce que je ne mangeais pas comme eux. Ils cachaient la couverture de C... dans mon lit. Quand C... rentrait, il se fâchait, et m'injuriait. On mettait de la saleté dans ma soupe, du sable dans mon vin. Dès que j'ouvrais la bouche, on me criait M... Tout cela m'a tourné la tête. »

B... est triste et refuse de manger. La mémoire est imparfaite. La parole est scandée, hésitante, avec suppression fréquente de la dernière syllabe.

Réflexes normaux : appareils normaux.

Le malade sort amélioré après un séjour de trois mois.

OBSERVATION II

Débilité mentale avec fugues

C..., 35 ans. Père alcoolique. Mère morte de tuberculose. Enfant, a mis le feu à la maison paternelle. Mauvais élève à l'école communale. Sait lire mais non compter. Caractère taciturne et renfermé. Fugues fréquentes jusqu'à 21 ans. Il éprouvait un besoin impérieux de fuir pour aller n'importe où puis revenait après sept ou huit jours d'absence. Changeait continuellement de place.

A fait un an de service militaire. Mobilisé au onzième jour. Fièvre typhoïde en novembre 1915.

Évacué en juin 1916 pour fugues. Entre à Sainte-Gemmes. Le malade prétend que depuis sa fièvre tyhpoïde, le bruit du canon l'affole. Il éprouve des terreurs irrésistibles, lui qui auparavant n'avait jamais eu peur et était allé bravement à l'attaque. Il était effrayé à la pensée de marcher sur les morts. « Je ne veux plus revoir cette boucherie. Sans ma femme, je me serais jeté dans la flotte ».

Torturé par les conséquences de sa fugue et la crainte du conseil de guerre, il ne dort pas. La nuit, il a des cauchemars. Il voit des tranchées remplies de camarades tués; entend la fusillade et est profondément attristé en pensant aux grandes misères qui se passent là-bas.

Amélioration. Guérison. Rejoint son dépôt le 18 octobre 1916.

OBSERVATION III

Dépression mélancolique

D..., 27 ans. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels.

Au front depuis le début. En octobre 1915, forte commotion

par éclatement rapproché d'obus de gros calibre. Projeté au loin, il reste longtemps évanoui. Depuis, sa mémoire diminue. Il perd l'appétit. Son sommeil est troublé de cauchemars : il tombe de cheval ou de voiture, dans un précipice. Il ne peut plus remplir ses fonctions d'agent de liaison et est évacué.

Entré à Sainte-Gemmes le 16 juillet 1916. Il parle à voix basse, en regardant le sol. Son regard est triste, ses mains croisées. Anxieux, il répond difficilement aux questions qu'on lui pose.

Même état en avril. Rêves fréquents : visons de bataille. Amélioration lente et progressive. Guérison en octobre.

OBSERVATION IV

Dépression mélancolique

M... , 38 ans. Au front depuis un an, Au cours d'un bombardement, est commotionné par un obus qui défonce son gourbi et tue un camarade à ses côtés. Il présente alors des troubles de l'ouïe (bourdonnements, diminution de l'acuité). Évacué pour dépression mélancolique, caractérisée, dit le billet d'hôpital par des pleurs, de l'insomnie, du refus de la nourriture; le malade éprouve de grandes frayeurs et ne peut plus remplir ses fonctions militaires. Rejoint le front un an plus tard.

Son régiment subit de très grosses pertes. Il passe à un autre et avec lui séjourne aux tranchées pendant 35 jours consécutifs. Les troubles mentaux réapparaissent et M... est de nouveau évacué pour « dépression psychique avec pleurs et lamentations, difficulté d'alimentation, vagues idées de persécution, réticences, dissimulation, propension au suicide ».

Arrivé à Sainte-Gemmes le 25 juin 1916, il présente une amélioration progressive, s'alimentant mieux, communiquant avec ses camarades. Sort le 19 août avec deux mois de convalescence.

OBSERVATION V

Dépression mélancolique

B..., 36 ans. Rien à signaler dans les antécédents.

Parti au premier jour de la mobilisation. A pris part à plusieurs attaques. Pas de blessures. En venant en permission en septembre 1915, trouve sa femme enceinte. De cette constatation date sa crise de mélancolie. Incapable de réagir, désespéré de voir sa vie brisée, d'avoir été trompé par sa femme qu'il aimait beaucoup, il résolut de se tuer. Ces idées le hantent pendant plusieurs mois. En avril 1916 il se couche en travers d'une voie ferrée, attendant le passage d'un train. Il est contusionné, et envoyé au centre de neuro-psychiatrie.

Très tourmenté, le malade ne peut rester en place. Il va et vient, se lamente, fixant son regard dans la même direction. Il entend des voix qui lui disent qu'il est perdu, ainsi que sa petite fille. On l'appelle allemand, criminel. Jour et nuit, ces voix l'insultent ; l'avertissent qu'on va le dépouiller de ses biens, qu'il tombera dans la misère,qu'il se ferait disparaître, s'il n'était pas un lâche !... ».

Amélioré, B... obtient un congé de convalescence de trois mois et sort le 19 juillet 1916.

OBSERVATION VI

Confusion mentale avec délire onirique

B...., 37 ans. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels. Au front par intermittence. Le 15 janvier 1917 il apprend la mort subite de sa femme. Que fit-il alors? Il l'ignore. Il partit et ne se retrouva qu'à Château-Thierry. De là il dut passer par Fismes. Entré à Sainte-Gemmes le 25 mai. Il se plaint de maux de tête; dès qu'il s'endort, son esprit est

assailli de visions diverses; les batailles, son ancien commerce, sa femme... etc.; toutes ces images se présentent en foule, sans suite, comme en un rêve perpétuel. Guéri le 21 avril, part en convalescence de 2 mois.

OBSERVATION VII

Confusion mentale stupide

M... 31 ans. Pas d'antécédents. A fait 2 ans de service militaire. Au front dès le début. A pris part à plusieurs attaques. Blessé le 25 avril 1916 (fracture ouverte de la jambe, avec ostéite consécutive, ayant nécessité en un an trois interventions chirurgicales). Envoyé à Sainte-Gemmes le 25 juin 1917 pour troubles mentaux caractérisés par de l'agitation, du mutisme, du refus de nourriture.

Le malade est dans un état de dépression psychique avec stupeur et négativisme. Il refuse de s'alimenter. On est obligé de le nourrir à la sonde. Quand on l'appelle, il se cache la figure avec les mains. Gâtisme. Réflexes normaux. Pas de troubles pupillaires.

Le 8 septembre il sort de sa stupeur, regarde autour de lui, devient propre. Ne pouvant encore parler, il communique par écrit. Il s'alimente. Peu à peu la parole revient : le sommeil est meilleur. Sort guéri le 17 octobre, avec un congé de convalescence de 2 mois.

OBSERVATION VIII

Confusion mentale avec amnésie, post-commotionnelle

C..., 32 ans. Rien à signaler dans les antécédents.

Mobilisé le 2 août dans l'infanterie, a pris part à la retraite et à la bataille de la Marne. S'est battu dans l'Argonne, à Verdun, sur la Somme. Le 4 mai 1917 il est enseveli jusqu'aux

épaules par l'éclatement d'un obus. Les camarades cherchent à le dégager. Une nouvelle rafale survient : 2 tués. C... est enterré de nouveau, et perd connaissance. Quand il revient à lui, il se trouve en plein air; il cherche à marcher, mais ne peut faire que quelques pas. Il tombe et est transporté au poste de secours. Il est évacué de formation en formation et arrive au centre le 14 mai. État confusionnel accompagné d'amnésie, de surdité verbale et d'aphasie complète pendant 13 jours. Une amélioration se produit et la guérison a lieu en deux mois.

OBSERVATION IX

Confusion mentale avec amnésie, post commotionnelle

P..., 26 ans. Rien à signaler dans ses antécédents.

Le 23 février 1915 commotion par éclatement proche d'obus, en Champagne. Troubles consécutifs guéris en deux mois. Le 19 mai 1915, aux Éparges, commotion par torpille. Réapparition des troubles. Guérison en six semaines. Le 4 mai 1917, à Craonne, troisième commotion due à l'éclatement d'une mine. R... perd connaissance. Quand il revient à lui, il est pris de vomissements. Il ne peut plus parler.

Il entre au centre le 14 mai. Aphasie légère. Amnésie rétrograde, mais surtout amnésie de fixation : les souvenirs anciens sont conservés. Peu à peu la parole revient, les souvenirs aussi. L'attention se fixe mieux. Il quitte le centre le 25 août, considérablement amélioré. Convalescence de 2 mois.

OBSERVATION X

Confusion mentale avec amnésie,
consécutive à une méningite cérébro-spinale

C..., 35 ans. Rien à signaler dans les antécédents. A fait 3 ans de service militaire. Mobilisé au début de la guerre. Blessé 3 fois.

Méningite cérébro-spinale le 29 avril. Guérison le 23 mai 1916. Évacué alors sur un centre de neuro-psychiâtrie du front avec le diagnostic : « Dépression mélancolique. État confusionnel. Illusions, interprétations, fausses reconnaissances ».

Entre à Sainte-Gemmes le 25 juin. Les illusions et interprétations délirantes ont disparu. Seule, la mémoire est considérablement diminuée. Le malade ne peut dire combien de fois il a été blessé, de quelle maladie il a été atteint, les hôpitaux par lesquels il a passé. Réflexes normaux.

Guéri le 29 juillet, il obtient un congé de convalescence de 3 mois.

OBSERVATION XI

Démence précoce

A..., 29 ans. Antécédents héréditaires chargés : père alcoolique, mère déséquilibrée, grand'mère et grande tante internées, oncle suicidé. Rien à noter dans les antécédents personnels. A fait 2 ans de service militaire.

Parti dans l'infanterie, est resté au front jusqu'en juin 1915 Évacué et soigné à Villejuif. Retourne au front. Prend part à des attaques. Évacué le 7 décembre 1916 pour troubles mentaux. Vient au centre de Sainte-Gemmes.

« Depuis plusieurs mois, déclare-t-il, je buvais mon urine pour me sauver. J'avais très bon appétit : j'aurais dévoré tout le contenu de la marmite de l'escouade; j'aurais même dévoré mes camarades; je devais avoir la panse percée. Heureusement, l'urine remplaçait avantageusement les aliments et était très bonne. L'urine donne une force de caractère peu commune : c'est le plus fort médicament pour la faiblesse mentale. Ça développe l'intelligence, c'est pas croyable. On retrouve la science des autres ».

Un jour il s'est graissé tout le corps et principalement la figure avec du cirage noir, parce que, dit-il, sa peau était desséchée et que la graisse à chaussures, sentant le coaltar, était excel-

lente pour la peau. En outre cette graisse faisant sortir l'huile intérieure de la tête purifiait son crâne et son cerveau.

Étant aux tranchées, il creusait sa tombe et s'y couchait afin de mieux savoir ce qu'était la mort. « D'ailleurs, ajoute-t-il, il ne faut pas tenir compte de ce que je dis ou j'écris. Ce n'est pas moi qui écris ou cause, mais quelqu'un qui est sur moi, qui me poursuit et agit à ma place par « idée transmetteur ». Cette « idée transmetteur » me fait écrire tout ce qu'il veut ».

Il écrit à sa femme : « M. Asquith donne sa démission, parce que le parti ouvrier est contre vous. Peut être erreur, je ne sais mais ma préoccupation est sur ce point qu'elle te porte; un peu de modération de votre part fera plaisir dans l'ensemble... Je vous estime pour ne pas être exigeant au point de mettre tous en désaccord. Envoie toutes mes félicitations pour le beau républicanisme que vous avez débattu. Le rapport est que notre production est trop active sur une si petite étendue de terrain...

Fou rire. Euphorisme niais. Gestes stéréotypés. Rien de spécial du côté des appareils ou des réflexes. Réformé.

OBSERVATION XII

Démence paranoïde

V..., 40 ans. Fièvre paludéenne en 1900. Mobilisé en août 1914. Évacué en juin 1916, pour : « État d'excitation psychique légère avec préoccupations d'ordre hypochondriaque, familial et militaire, se traduisant par de la verbosité, des écrits nombreux révélant une certaine tendance mégalomanique ».

Entré à Sainte-Gemme en juillet 1916. On constate une excitation psychique légère, avec verbosité. Le malade passe sa journée à écrire, demande sans cesse un changement d'affectation. Confusion. Amnésie, Désorientation dans le temps et dans l'espace. Refus de se coucher. Pupilles normales. Réflexes rotuliens vifs.

7 février 1917. Aspect hypomaniaque. Affaiblissement intellectuel.

8 août 1917. Attitude stéréotypée. Logorrhée. Propos sans suite. Hallucinations visuelles. Insomnie marquée. Léger gâtisme. Interné.

OBSERVATION XIII

Excitation maniaque

Antécédents héréditaires : La mère aurait présenté des troubles mentaux.

Antécédents personnels : Convulsions à la dentition. Rougeole à 4 ans. Caractère emporté, orgueilleux, lisait beaucoup d'ouvrages traitant de questions sociales et antimilitaristes.

Agitation extrêmement vive le jour de son départ pour le régiment, et véritable excitation maniaque avec délire pendant son hospitalisation à Cholet le 27 avril.

Transféré le lendemain à Sainte-Gemmes, il est très excité, gesticule d'une façon désordonnée, parle sans arrêt, tient des propos sans suite, et se montre grossier vis-à-vis des personnes qui l'approchent. En proie à l'agitation la plus vive, il s'élance hors de son lit, se jette avec force contre les murs, donne des coups de tête contre son lit, et lance en tous sens coups de pied et coups de poing. Il est tout à fait désorienté, en proie à la logorrhée la plus vive, présente des illusions sensorielles, reconnait dans un médecin et dans le personnel infirmier d'anciens camarades, se permet les familiarités les plus déplacées; il est en proie à l'agitation motrice la plus intense. L'insomnie est complète.

4 mai 1918. L'agitation est moins vive. L'incohérence, la fuite des idées sont encore très accusées. Toutefois, il est possible de fixer un peu son attention et d'obtenir une réponse à quelques questions posées.

6 mai. L'amélioration s'accentue progressivement. Le malade est plus calme, dort mieux la nuit, et mange seul à table avec les autres malades.

Pas de malformations physiques nettes.

Pas de lésions organiques.

Réflexes : rotulien normal : crémastérien absent.

OBSERVATION XIV

Délire aigu

M..., aide-major, 40 ans. Pas d'habitudes alcooliques. Entré le 7 mai. Dépression, torpeur, marche pénible. En proie à des idées de culpabilité et d'indignité, veut se tuer. Refuse de s'alimenter. Très agité dans la nuit qui suit, veut se pendre, cherche un couteau; frappe les infirmiers.

10 *mai.* — Pupilles rétrécies. Réflexe lumineux normal. Langue légèrement saburrale. Tremblement fibrillaire de la langue et des doigts. Réflexe rotulien exagéré; réflexe crémastérien normal. Deux ponctions lombaires pratiquées antérieurement avaient décelé de la lymphocitose avec albumine légère.

Mémoire considérablement diminuée. Le sujet tient des propos contradictoires. Il déclare par exemple, avoir été reçu docteur en médecine à 29 ans et bachelier à 30. Esprit confus, désorienté. Température = 38°.

11 *mai.* — Purgation à la sonde œsophagienne. Sitiophobie.

13 *mai.* — Fuite des idées de plus en plus marquée. Alternatives de dépression et de réactions violentes. Incapable de suivre la moindre conversation T = 38°8.

15 *mai.* — Tout à fait confus et désorienté. A perdu la notion du temps. Ne sait où il se trouve. Marmotte des mots inintelligibles. Gâtisme. Rétention d'urine. Escarre s'étendant rapidement. Visions effrayantes qui le portent à fuir. Se jette hors de son lit. Doit être maintenu par plusieurs gardiens. Alimentation à la sonde. T = 39° 4.

17 *mai.* — Conscience troublée au maximum. L'agitation et le délire sont intenses et donnent lieu à chaque instant à de véritables décharges motrices très violentes. Le malade brusquement quitte son lit, cherche à fuir et se jette sur le gardien en tenant des propos incohérents. Les phénomènes généraux s'ag-

gravent rapidement. Pouls petit, rapide, irrégulier. Peau couverte de sueur. T = 40°.

18. État de prostration. Respiration haletante T. = 40°2.

19. Coma. Mort dans la nuit.

OBSERVATION XV

Délire de persécution

P..., 35 ans. Père et mère alcooliques.

Mobilisé le 4 août. Le 15 avril 1915 subit au Labyrinthe un bombardement violent. Obnubilé, est mis au repos à l'infirmerie. Quelques jours après rejoint les tranchées et monte à l'assaut. Au retour, il prétend que durant l'action un de ses camarades l'a mis en joue pour le tuer, conformément à des ordres occultes. Ce camarade avait projeté sa perte, de complicité avec un sergent et plusieurs autres soldats. Finalement, P... était resté jusqu'au soir caché dans un trou d'obus. Quatre bombes éclatèrent alors près de lui et l'enterrèrent. Dégagé il fut de nouveau dirigé sur l'infirmerie. Change plusieurs fois de secteur. Les idées de persécution le poursuivent. En juillet, à Verdun, elles deviennent constantes. P... prétend qu'on met des poux dans sa couverture, qu'on écrit des méchancetés sur son compte au maire de la commune, que le caporal F... a fait sur lui une histoire de France dans laquelle on l'appelle l'« Ogre ». Un camarade criait : « La montera-t-il la côte? S'il ne la monte pas, il y aura dix balles pour lui et plutôt vingt. » Quand le renfort de la classe 1915 arriva, on lui dit : « C'est encore toi qui les as fait venir ces petits là pour les faire tuer; tous ceux qui ont été enterrés dans le cimetière de la Maison-Forestière ont été tués par ta faute; c'est de ta faute si nous avons la guerre ». — Pour échapper à ses persécuteurs, P... a fait une première fugue. Arrêté à la gare de l'Est, il est conduit au Cherche-midi. Il s'y attendait, déclare-t-il; depuis longtemps il était averti qu'il passerait au conseil de guerre. Dans la prison, il entendait la voix du maire de sa commune qui téléphonait

aux gendarmes pour le charger davantage. Reconduit au front, il fait une deuxième fugue, pour échapper aux mauvais tours qu'on lui joue. On fait sur lui des potins qui sont allés jusqu'au général Joffre. Il y aura un grand conseil de guerre et la lumière éclatera. Le maire de sa commune lui en veut et cherche à le faire réformer, pour lui infliger la honte de revêtir des vêtements civils. Il le fait surveiller par le garde-champêtre, qui, assis en haut du clocher épie ses mouvements... Interné.

OBSERVATION XVI

Délire polymorphe

V..., 23 ans. Pas d'antécédents névropathiques.

Pas de maladies de l'enfance.

Caractère vif, indocile, indiscipliné. Excès éthyliques dès son jeune âge continués ultérieurement. Buvait jusqu'à 6 litres de vin par jour.

En 1911 traumatisme crânien avec perte de connaissance pendant 48 heures. Bronchites fréquentes.

Mobilisé le 1er jour. En mai 1915 évacué pour commotion par éclatement. Revient du front en février 1916. Toujours indiscipliné et violent. Instable, ne pouvant pas conserver longtemps le même poste. Mémoire affaiblie, oubli des ordres reçus. Sensations vertigineuses, sommeil profond pendant des heures. Évacué à cause de son incapacité à faire un service utile en octobre 1917. Soigné à Cherbourg, puis versé au 6e génie où on l'exempte de service et de corvée. Envoyé enfin, après visite médicale à l'asile de Sainte-Gemmes.

A l'asile, présente un délire polymorphe. Onirisme. Hallucinations cinématographiques. Craintes d'accusations, lettres pour se justifier. Idées de persécution; interprétation rétrospective des faits : des obus, qui ont détruit son abri, étaient dirigés spécialement contre lui. Idées mystiques, hypochondriaques : « Il a l'estomac brûlé par le bromure, il est atteint de bronchite tuberculeuse. Son corps est tellement affaibli que deux verres

de vin le saoulent et donnent lieu à des hémorrhagies intestinales qui persistent durant huit à quinze jours. Souffre beaucoup de la région lombaire et de la tête. » Alternatives de diarrhée et de constipation. Insomnie persistante. Rêves, cauchemards. Voit des lueurs, des incendies. Ses ennemis le poursuivent partout. A peine est-il arrivé dans un endroit que déjà il est repéré. Il était à peine arrivé à Angers que ses ennemis provoquaient l'explosion de Montreuil parce qu'ils savaient qu'à l'instant précis de l'accident, il se promenait du côté des abattoirs. Aussi, il demande instamment qu'on fasse cesser de tels procédés à son égard; qu'on le renvoie au front ou qu'on le traduise devant le conseil de guerre où il pourra s'expliquer. De temps en temps, le jour aussi bien que la nuit, le malade cause seul, parle de Clémenceau, etc. Il est docile, facile à diriger.

Réflexes lumineux et accommodateurs normaux; oreille désourlée avec lobules adhérents.

OBSERVATION XVII

Délire mystique

B..., 35 ans. Pas d'antécédents morbides. Au front dans divers régiments jusqu'au 18 janvier 1916.

Dans la nuit du 23 au 24 décembre 1915, vers minuit, il se réveille en sursaut et voit à droite son grand'père maternel, à gauche sa grand'mère paternelle qui lui reprochent de ne pas vivre chrétiennement et d'avoir abandonné la religion. Il pleure et leur demande pardon. L'apparition a duré 4 ou 5 minutes. B... est alors inondé de sueurs froides et pris de tremblements. Le lendemain il se lève et s'en va, poussé par une force surnaturelle. Il rencontre un calvaire, s'agenouille, prie et demande pardon de ses péchés. Fait son examen de conscience; entend des voix qui chantent des cantiques. Il gagne une église, y entre et se lamente, offrant en holocauste ses enfants pour la rédemption de ses fautes. Le soir il retourne au calvaire. En y parve-

nant, il entend un coup de cloche, et, subitement, se sent un autre homme.

Il rejoint son régiment et veut rendre ses galons, ne voulant plus tuer. Puis il écrit à son capitaine, lui demandant de changer les quinze jours de prison qu'il a récoltés en quinze jours à passer en prières dans une église. Pris en observation à l'infirmerie. Les hallucinations continuent. Tantôt il revoit ses grands'parents tantôt il aperçoit deux yeux au plafond. Dans un cimetière il entend une voix qui lui commande de fabriquer la grande montre dont Dieu est la clef, l'Église le boîtier, et les gens de sa génération le grand ressort. Trois fautes ont entraîné le pays dans la guerre : le divorce, la débauche, l'alcoolisme. La voix lui expliquait de plus qu'en consultant le prêtre et le médecin, il consultait le mari et la femme...

Ces idées et ces préoccupations le poursuivent. Entre au centre de neuro-psychiatrie en juillet 1916.

Excitation de paroles. Phrases stéréotypées. Affirme qu'il n'a pas eu d'hallucinations et que la vérité éclatera.

Stigmates de dégénérescence. Amélioré, obtient un congé de convalescence le 27 octobre.

OBSERVATION XVIII

Epilepsie

D..., 21 ans. Mobilisé en décembre 1914.

Première crise en septembre 1915. Au moment de se coucher D... tombe brusquement (corps contracturé, morsure de la langue, émissions d'urines). Évacué, il repart au front en janvier 1916. Deuxième crise, nocturne, le 28 février; troisième crise le 20 mars; quatrième crise le 3 avril; cinquième crise le 19 juin. Évacué : entre à Sainte-Gemmes le 25 juin.

Le malade raconte qu'avant ses crises, de mai à avril 1915, il était sujet toutes les trois semaines environ à des vertiges et défaillances, avec obnubilation, sans perte complète de connaissance.

Crise constatée le 27 juin : cri initial, perte de connaissance, contracture, morsure de la langue. Réformé.

OBSERVATION XIX

Hystérie

M..., 21 ans. Antécédents héréditaires et personnels normaux. Instruit. A suivi des cours jusqu'au baccalauréat.

Mobilisé en avril 1915. Va au feu. Première crise en mai 1916. A la suite d'une grande frayeur, M... est pris de tremblements généralisés, puis, 6 jours après, en remontant aux tranchées, d'une crise convulsive sans cause, caractérisée par une perte de connaissance avec chute, mouvements convulsifs, écume aux lèvres et sensation de grande fatigue consécutive à la crise. Deuxième attaque en août 1916, troisième en octobre, quatrième fin novembre, cinquième en janvier 1916, sixième le 24 janvier, septième en février. Pas de morsures de la langue, ni d'émisions d'urine. A la suite de ces attaques, il est troublé et ressent une grande fatigue générale et de violents maux de tête qui persistent jusqu'au lendemain.

Entre au centre le 17 février. Deux crises sont constatées le 19 mars et le 7 avril. Pas de cri initial. Perte brusque de connaissance, corps contracturé, convulsions des membres supérieurs. Pas d'écume aux lèvres, pas d'émission d'urine, pas de morsure de la langue; ces crises durent dix minutes, puis le malade reprend aussitôt connaissance et est très abattu. Réformé.

OBSERVATION XX

Mutisme hystérique

C..., 40 ans, cultivateur. Arrivé au front au sud d'Arras en mars 1915. Blessé au bois de la Folie le 25 septembre 1915. Violemment commotionné par un éclatement tout proche, enseveli jusqu'aux aisselles. Perd connaissance. Quand il revient

à lui, il entend difficilement et ne peut plus parler. Évacué de formation en formation. Entre à Sainte-Gemmes.

Son audition est redevenue à peu près normale. Il ne souffre pas et paraît indifférent à son état de santé. Ne se préoccupe pas de savoir s'il guérira.

Quand on lui dit de pousser un son, il dispose ses lèvres à l'attitude convenable, souffle, mais ne produit aucun bruit; les muscles moteurs du larynx sont agités de mouvements spasmodiques et incoordonnés.

Amélioration. Transféré à Tours.

OBSERVATION XXI

Mutisme hystérique

C... 23 ans. Antécédents héréditaires normaux. Vers l'âge de treize ans, aurait eu des crises nerveuses.

Mobilisé avec la classe 1915. Part au front. Aurait eu deux crises légères au dépôt. Le mutisme apparaît le 27 octobre. On constate en même temps dans la région sous-maxillaire gauche la présence d'une petite tuméfaction molle, sans fluctuation nette, non douloureuse. Peu après, le malade accuse de la douleur dans cette région. La tuméfaction augmente de volume, le plancher de la bouche est empâté, le côté gauche de la langue enflé. Disphagie accentuée, fièvre. Intervention chirurgicale. L'incision de la partie gauche du plancher bucal donne issue à du pus fétide. On pratiqua quelques lavages au bock. Le malade put alors ouvrir la bouche et parla immédiatement. Le mutisme n'a pas reparu.

OBSERVATION XXII

Contractures d'apparence hystérique chez un similateur

D..., 29 ans. Parti au front au début. Évacué en décembre 1914 pour rhumatismes et fatigue générale. Depuis n'a plus fait

aucun service. Il se présente périodiquement à la visite médicale, se plaignant de rhumatismes. Évacué sur Sainte-Gemmes, le 1er juin.

A son entrée, le malade se plaint de troubles variés, céphalée, picotements dans la gorge, douleurs dans tous les membres, étouffement et autres malaises qu'il décrit complaisamment, mais qui ne sont confirmés par aucune constatation objective. Cependant l'alimentation et le sommeil sont normaux, et le malade prend de l'embonpoint. Une difficulté spéciale de la marche est le phénomène sur lequel le malade attire l'attention. Tantôt la jambe droite est raidie, la pointe du pied râcle le sol et le malade fauche nettement. Tantôt le pied droit étant en rotation externe, il y a une flexion accentuée du genou et une démarche sautillante. Il n'y a ni paralysie, ni contracture, ni modification de la sensibilité. Il n'y a pas d'atrophie musculaire, sauf au niveau du mollet gauche, précisément celui que le malade considère comme sain.

Tenu pour un simulateur et de fait surveillé à son insu, à plusieurs reprises, il a été vu marchant normalement et courant même avec la plus grande aisance. Aucun moyen de persuasion ou de contrainte n'a réussi à lui faire abandonner son attitude. Renvoyé à son dépôt.

OBSERVATION XXIII

Psychasthénie

P..., 31 ans. Antécédents héréditaires normaux.

Méningite à 8 ans. Rougeole à 10 ans. Scarlatine et diphtérie pendant le service militaire. Pas de syphilis.

Parti au front en septembre 1915 dans une section de l'Intendance : évacué en mars 1916 pour dépression générale. Entre à Sainte-Gemmes.

Le malade est instruit et cultivé. Habitué à s'analyser, il répond facilement aux questions qu'on lui pose.

On apprend de lui qu'il a toujours été sujet aux obsessions.

Dans son enfance, elles survenaient après chaque confession. Il allait plusieurs fois de suite retrouver son confesseur. Son âme était en proie au scrupule et la moindre pensée mauvaise qui traversait son esprit lui semblait une injure à Dieu.

Plus grand, il était timide à l'excès et même sauvage. Il était convaincu que dans la rue tout le monde le regardait, qu'au bureau ses camarades se moquaient de lui.

Pour un rien il entrait dans des colères terribles; à la moindre contrariété, il sentait une boule lui monter à la gorge et il n'était plus maître de lui.

Marié, il doute, sans raison, de la fidélité de sa femme. Il est convaincu d'en être aimé, et, cependant, le soupçon le hante fréquemment. Ces préoccupations le poursuivent. Au cours d'une promenade en bateau, ne voit-il pas un papillon jaune se poser sur sa barque. Plus loin il rencontre un serin. A son retour il reçoit de sa mère une paire de bretelles de couleur jaune.

« Impossible, écrit-il, de chasser de mon cerveau ces scrupules qui me persécutent. Une force me possède qui m'oblige à des discussions interminables avec moi-même. Je fais tout pour lui échapper. Je cherche à me convaincre que c'est ridicule, que c'est faux, inadmissible pour telle ou telle raison, mais en vain. Cette force est plus puissante. Alors, dans ces moments là, c'est comme si la terre s'entrouvrait sous moi. Une sensation d'angoisse s'empare de moi. J'ai le cœur serré, j'étouffe. Il me semble que de pleurer cela me soulagerait, mais les larmes ne viennent pas. Je suis en proie au désespoir. Je puis tempêter, me disputer, me flanquer la tête contre les murs, l'*autre* est là qui me tient dans ses griffes; il me possède et je suis obligé de passer par ses volontés. Si vous étiez à ma place, si vous ressentiez ces phénomènes qui se passent en moi, vous comprendriez comment les plus beaux châteaux de la terre, les choses les plus réjouissantes, la fortune ne comptent pas pour moi. Tout n'est rien pour moi tant qu'existera cet autre en moi, cette possession qui me mine à petit feu. Ah ! j'aimerais bien mieux être condamné à boire de l'eau et manger du pain sec, mais avoir un cerveau normal ! ».

Pas de malformation crânienne, ni faciale. Pas de stigmates de dégénérescence. Réflexes normaux.

Sorti le 4 juillet 1916, est réintégré du 14 octobre au 26 novembre, puis du 3 avril 1917 au 14 mai. Et alors réformé.

OBSERVATION XXIV

Dépression psychique

P..., 33 ans. Pris dans un violent tir de barrage, est contusionné à la poitrine par un éclat d'obus. S'est sauvé comme un fou.

Le lendemain, céphalée intense. Apparition d'un écoulement bi-auriculaire. Le caractère du malade se transforme. Il devient sombre, en proie à des préoccupations constantes. Évacué sur Épernay puis à l'intérieur. Vient au centre. Les idées mélancoliques persistent. Le malade se croit perdu et demande comment pourront vivre ses enfants.

Cette période de dépression dure 6 mois. Le malade guérit et obtint un congé de convalescence.

OBSERVATION XXV

Dépression psychique

D..., 28 ans. Intellectuel cultivé. Ajourné plusieurs fois pour faiblesse de constitution. Repris en octobre 1916. Part pour le front. Le 14 juillet 1915, il est renversé par l'éclatement très proche d'un obus de gros calibre, et enterré vivant. Les camarades le dégagent. Première crise de dépression. Le malade se sent fatigué, désorienté. Au bout de quelques jours il retrouve son état normal et reprend son service. 3 mois après, il est blessé légèrement. De nouveau apparaissent les manifestations de dépression psychique et le malade est dirigé sur le centre de

Sainte-Gemmes. Il est triste, assombri, préoccupé. Mémoire affaiblie. La vie affective n'a pas subi d'atteinte. Guérison après 3 mois de traitement. Convalescence.

OBSERVATION XXVI

Dépression psychique consécutive à de la confusion mentale

L..., 39 ans. Antécédents héréditaires et personnels normaux. Parti au front avec un régiment territorial. Travaillant aux tranchées, devant Verdun, a subi de violents bombardements. Commotionné. Évacué le 26 mars avec le diagnostic : « Amnésie, suite de commotion cérébrale ». Pendant un an il traîne d'hôpital en hôpital, Le 27 mars, il entre au centre de neuro psychiatrie. Le malade est atteint de dépression psychique avec amnésie. Il est triste, parle bas, répond difficilement aux questions posées et accuse une lenteur marquée dans les divers processus de la sphère intellectuelle. N'a qu'un souvenir imprécis de certains événements de son existence. Le 21 avril est suffisamment amélioré pour obtenir un congé de convalescence de deux mois.

Réintégré le 13 août. L'équilibre mental est de nouveau rompu et la mémoire considérablement diminuée. Amélioration progressive. Nouvelle convalescence, le 28 décembre 1919.

Le 27 février 1918, le malade revient au centre de Sainte-Gemmes. Il présente une attitude larmoyante; sa parole est hésitante, bégayée. Il existe une émotivité morbide. Le sujet est toujours inquiet; il tremble à tout propos et perd ses moyens pour des raisons futiles. Étant de garde à la gare, il tremblait en entendant deux wagons s'entrechoquer à l'attelage. Il n'a aucune confiance en lui-même : lorsque sur la route il voit venir une automobile, il descend de bicyclette et se met sur le bas-côté. Il n'y a pas d'amnésie véritable, mais une phobie perpétuelle, une crainte exagérée et morbide d'oublier ce qu'on lui a dit, le mot d'ordre par exemple.

Cet état d'esprit s'améliore de nouveau. Peu à peu le malade reprend confiance en lui-même. Il est moins inquiet et travaille plus régulièrement.

Le 28 juin est transféré à Tours.

OBSERVATION XXVII

Psychose périodique circulaire

M..., 33 ans, docteur en droit.

Malade depuis l'âge de 18 ans. Le cycle complet dure de 15 à 18 mois. Il commence par une période d'excitation de 3 à 6 mois : M... devient violent, en actes, parfois, mais surtout en paroles. Il prodigue les lettres, les télégrammes, les appels téléphoniques. Son état est surtout caractérisé par de fausses interprétations qui tendent à le rendre persécuteur. Par moments, l'incohérence est complète.

Cette période d'excitation est suivie d'une période de dépression, d'une durée à peu près égale. Le malade est timide, pusillanime, poursuivi de scrupules, incapable de la moindre initiative.

A ces périodes de maladie succède une période d'existence normale de 3 à 6 mois. M... peut alors se livrer à ses études et c'est ainsi qu'il a obtenu peu à peu ses deux baccalauréats, sa licence et son doctorat en droit.

OBSERVATION XXVIII

Amnésie consécutive à une commotion cérébrale

N..., 26 ans. Commotionné par l'éclatement d'une mine. Perd connaissance et ne se retrouve qu'à l'asile de Ville-Evrard 3 jours après l'accident. De là il est transféré au centre de Sainte-Gemmes, où il entre le 2 novembre 1915.

Interrogé à son arrivée, le malade se souvient mal de ce qui

s'est passé depuis l'explosion de la mine. il ne sait ni le jour, ni le mois. L'amnésie est rétrograde et antérograde. Il y présente également de l'amnésie de fixation; il en a conscience et il en souffre.

Pas de syphilis. Pas de trouble pupillaires. Réflexes normaux L'état du malade s'améliore et une permission de convalescence lui est accordée le 17 janvier 1916.

OBSERVATION XXIX

Aphasie consécutive à une trépanation.

P..., 39 ans. Antécédents héréditaires et personnels normaux.

Au front depuis le début. Blessé en mars 1917 par une balle dans la région pariétale. Le coma dure quarante-huit heures. Première trépanation. Soigné pendant 2 mois dans une ambulance du front. Évacué à Fleury-Meudon. Subit une deuxième trépanation. Puis obtient un congé de convalescence et rejoint son dépôt.

Repart au front à la fin de 1916, et est affecté comme mitrailleur à un ballon d'observation. Évacué 2 mois après, est dirigé sur le centre de Sainte-Gemmes où il entre le 17 février 1917.

Les observations recueillies dans les diverses formations où il a passé, retracent ainsi l'histoire de sa maladie :

Après sa blessure, pendant 8 mois, le malade n'a pu prononcer une parole, ni écrire un mot. Vers le 9e mois il a réussi à écrire son nom. puis quelques mots qu'il entendait prononcer. De lui-même, il était incapable d'écrire un seul mot.

Au bout d'une année, il a pu écrire quelques phrases très courtes, à condition de faire un effort très grand d'attention; si la phrase contenait trop de mots, il oubliait les premiers avant d'avoir entendu les derniers, et était incapable de la reproduire aussi bien par la parole que par l'écriture.

Examiné à son entrée au centre il présente encore une amnésie prononcée. Il n'est pas certain de l'année de sa naissance,

n'en peut dire le mois ni le jour. Suit une conversation simple, répond avec un peu d'hésitation. Mais si la conversation devient compliquée et s'il a à répondre par plusieurs phrases, il est obligé de s'arrêter, parce qu'il ne trouve plus ses mots et a oublié la phrase qu'il vient de prononcer. De même, il ne peut pas faire une dictée.

Il se plaint de grands maux de tête, de violents élancements au niveau de sa blessure. Il dort mal et se demande avec inquiétude s'il guérira jamais.

Rien à signaler du côté des réflexes ou des appareils. Pas de diminution de la force dynamométrique des muscles.

La trépanation longue de 3 centimètres, siège dans la fosse temporale gauche, à 7 centimètres au-dessus du pavillon de l'oreille.

OBSERVATION XXX

Vertiges consécutifs à un traumatisme crânien

R..., 34 ans. Antécédents héréditaires et personnels normaux.

Blessé le 5 juin 1915 : fracture du crâne par éclats d'obus. Trépané. Rejoint le front d'ou il est évacué le 5 février 1916 pour vertiges. Entre dans le service le 1er juin 1916, un an après sa blessure.

Les vertiges se manifestent plusieurs fois par jour, notamment dès que le malade fixe un objet. Il voit tourner les choses autour de lui et est obligé de se cramponner pour ne pas tomber. N'a jamais perdu connaissance. Quand il fait un mouvement de rotation de la tête, ou quand il se baisse, il éprouve une douleur dans la région postérieure droite de la tête. Ces vertiges sont suivis de nausées, sans vomissements. Scotomes scintillants de l'œil droit. De temps en temps, sensation d'oppression et douleur précordiale, mais sans palpitations.

Cicatrice de trépanation sur le pariétal droit. Pupilles égales et réagissant bien. Pas de nystagmus. L'abduction forcée provoque le vertige. L'acuité auditive est légèrement plus faible à droite. Pas de troubles de la sensibilité, ni des réflexes. Constitution générale robuste.

OBSERVATION XXXI

Etat confusionnel consécutif à un traumatisme crânien

W..., 23 ans. Blessé le 22 janvier 1915 par éclat de bombe. Fracture de l'arcade sourcilière et de la voûte orbitaire. Hospitalisé à Marseille. On observe alors des sortes de crises épileptiformes suivies de demi-coma. Dilatation pupillaire plus marquée à droite et déviation de la face du même côté.

Entré à Sainte-Gemmes le 12 janvier 1916. On note de la torpeur intellectuelle avec réponses lentes, mémoire paresseuse, émotivité exagérée.

Léger ptosis gauche, inégalité pupillaire en faveur de l'œil droit. Réflexes lumineux et accommodateurs conservés. Réflexes rotuliens normaux. Réflexes plantaires en flexion à gauche, absent à droite. Réflexes crémastériens normaux.

OBSERVATION XXXII

Attaques épileptiformes consécutives à un traumatisme crânien

M..., 37 ans. Blessé à la région pariéto-occipitale gauche, par balle, le 13 décembre 1915. A subi deux trépanations. Première crise épileptiforme le 1er avril 1916; deuxième, le 5 mai.

Entré dans le service le 14 mai. Crise le 20 juin.

Au cours d'une promenade, le malade tombe brusquement. Le clonus est plus marqué à gauche qu'à droite. L'écume apparaît à la bouche. Pas de morsure de la langue.

Autres crises le 13 novembre, le 15 décembre 1916, et le 23 janvier 1916. Réformé n° 1 le 2 mars.

OBSERVATION XXXIII

Alcoolisme aigu

D..., 32 ans. A déjà subi deux internements pour délire alcoolique, le premier pendant son service militaire, ce qui détermina sa réforme; le second, quelques mois plus tard.

Maintenu réformé en 1914; récupéré pour le service armé en mars 1917.

8 jours après son arrivée au corps, se met à boire et est pris d'une crise de délire aigu qui le fait diriger sur le service.

Agitation extrême. Insomnie. Propos incohérents. Réclame à boire. Se précipite sur les infirmiers et les frappe.

Se calme peu à peu. Sommeil agité. Tremblements fibrillaires de la langue et des dogits.

Renvoyé sur son dépôt, après guérison.

OBSERVATION XXXIV

Chorée de Sydenham

S..., 19 ans. Engagé volontaire. A remarqué l'apparition de sa maladie en juin 1915. N'était plus maître de ses mouvements. Évacué sur le centre de Sainte-Gemmes.

On observe :

A la face, des mouvements de l'orbiculaire des lèvrs qui s'arrondissent comme pour siffler, des releveurs des ailes du nez amenant une dilatation et une fermeture alternative des narines, du frontal avec froncement du front.

Au bras droit, élévation brusque de l'épaule, rotation et adduction de l'avant-bras et de la main. Flexion et extension des doigts.

Mêmes mouvements moins accentués du bras gauche.

Mouvements analogues des deux jambes.

Léger embarras de la parole dû à un mouvement accentué de la langue.

Marche brusque. Le malade appuie davantage le bord externe du pied.

Les mouvements de préhension s'exécutent correctement mais d'une façon saccadée.

Pupilles normales. Conjonctives injectées. Réflexe lumineux paresseux.

OBSERVATION XXXV

Tumeur cérébrale

O..., 29 ans. A fait 5 mois de service militaire. Réformé temporairement pour bronchite. Repris et versé dans le service auxiliaire pour anémie.

En avril 1915, violents maux de tête, et diminution de l'acuité visuelle. Hospitalisé. Évacué le 29 mai sur un service ophtalmologique avec le diagnostic : cécité absolue double, stase papillaire en voie d'atrophie, due à tumeur cérébrale probable. Réflexes lumineux abolis. Pas de troubles de la motilité ni de la tension.

Opéré le 23 juin. Large trépanation de la région temporale, sans ouverture de la dure-mère.

La décompression, ainsi produite, n'amène pas d'amélioration.

Entré à Sainte-Gemmes en décembre 1915. État de confusion mentale, avec idées mélancoliques et propension au suicide. Céphalée. Insomnie. Le malade voit défiler dans ses rêves des animaux sauvages.

Mydriase. Stase papillaire. Cécité complète. Interné.

OBSERVATION XXXVI

Hémorragie cérébrale

M..., 46 ans. Entré au centre le 10 avril 1917.

Interrogé, fait effort pour répondre, mais ne peut articuler un seul mot. Langue saburrale. Lèvres sèches et collées.

Bouche déviée à droite ainsi que la langue. Parésie du membre supérieur droit et contracture de la jambe droite. La jambe gauche est flasque et retombe inerte, si on la soulève.

Respiration stertoreuse. Quelques râles de bronchite et de congestion diffuse aux bases. T = 36° 8. Pouls lent.

11 *avril.* — 2 ictus consécutifs avec épilepsie jacksonnienne, du type brachio-facial droit. État comateux. Déviation conjuguée de la tête et des yeux. Stertor. T = 38°5.

12 *avril.* — Aggravation de l'état. Perte absolue de connaissance. Le malade ne reconnait pas sa femme. La paralysie est complète. La mort survient dans la nuit.

OBSERVATION XXXVII

Insolation

M..., 34 ans. Tombé sur la route après une étape de 32 kilomètres au soleil, en septembre 1916. Depuis lors parole difficile. tremblement généralisé ,douleurs le long du rachis, céphalée intermittente, vomissements incoercibles.

Entré au centre le 23 février 1915. Réflexes lumineux et patellaires normaux. pas de réflexes pharyngien, ni plantaire.

Pas de trépidation épileptoïde.

Diminution considérable du champ visuel des deux côtés. Hémianesthésie gauche complète. Amnésie considérable, surtout de fixation. Les vomissements continuent.

Cœur et poumons normaux. Réformé n° 1 le 2 novembre.

OBSERVATION XXXVIII

Polynévrite post-diphtérique

D..., 21 ans. Antécédents héréditaires normaux.

Rougeole à 6 ans. Sujet aux bronchites.

Incorporé le 9 décembre 1914. Diphtérie le 21 avril 1915. Injections de sérum pendant dix jours consécutifs.

A quitté l'hôpital le 23 juin. Part en convalescence. Ne peut ni marcher, ni travailler. Entre à l'hôpital de Bourges où l'on note : « Polynévrite post-diphtérique. Paralysie des muscles du pharynx : parésie des quatre membres, hypoesthésie des extrémités; douleur spontanée sur le trajet des nerfs, abolition des réflexes achilléens.

Amélioré par un traitement électrique, le malade repart au front le 1er janvier. Il en est évacué de nouveau trois mois plus tard, et dirigé sur Sainte-Gemmes.

A son entrée, il se montre calme et docile. Aucune idée délirante. Réflexes rotuliens normaux. Pas de Romberg. Pas d'atrophie musculaire apparente. La force musculaire est revenue aux membres inférieurs; les bras sont encore un peu faibles.

La guérison est obtenue et le malade part en convalescence après 3 mois de séjour au centre.

OBSERVATION XXXIX

Polynévrite post-typhoïdique

L..., 33 ans. Antécédents héréditaires et personnels normaux.

Fièvre typhoïde en décembre, à la suite de laquelle apparaît de la paralysie du voile du palais et des membres inférieurs.

Entré à Sainte-Gemmes 6 mois après.

Aucun trouble intellectuel. La paralysie du voile du palais est guérie, il ne reste qu'un peu de difficulté à avaler. Parésie des membres inférieurs, démarche hésitante, trépidante, sans steppage. Station debout possible sur les deux jambes et sur la jambe gauche, impossible sur la jambe droite. Réflexe rotulien absent à droite, faible à gauche. Le malade se plaint de douleurs violentes à la face externe des cuisses et des jambes.

Pas de troubles de la sensibilité objective. Aucun trouble pupillaire. Proposé pour la réforme nº 1.

OBSERVATION XL

Méningo-encéphalite

B..., 40 ans. A son arrivée, le malade présente un tremblement généralisé, surtout accentué aux membres supérieurs et à la machoire inférieure. Les yeux sont injectés, les pupilles égales, les paupières contractées. Le malade regarde en haut.

Il ne répond pas aux questions qu'on lui pose.

Réflexe crémastérien supprimé. Signe de Babinsky ébauché. Rien de particulier au cœur ni aux poumons.

Très agité pendant la nuit, il poussait des cris inarticulés, remuait les bras, ramenait ses draps sous son menton.

Raideur de la nuque. Signe de Kernig. T = 38°. Coma. Mort.

OBSERVATION XLI

Délire hypochondriaque chez un tuberculeux

B..., 39 ans. Antécédents hétéditaires chargés au point de vue nerveux.

Première poussée de tuberculose à 24 ans, révélée par de la fièvre, de l'amaigrissement, des sueurs profuses.

Convaincu qu'il était atteint d'une maladie de langueur qui l'emporterait, B... s'examinait continuellement, se découvrant quelque chose de nouveau, consultant sans cesse et se soignant à sa façon, se frictionnant avec des orties, en s'exposant le dos à la chute d'eau d'un moulin.

Pris bon pour le service en décembre 1914. Incorporé en mars 1915. Passe par plusieurs dépôts. Fait une rechute et est hospitalisé à Tours. Les troubles mentaux réapparaissent et B... est dirigé sur Sainte-Gemmes.

Interrogé à son entrée, il regrette de ne plus transpirer « La maladie, dit-il, se concentre à l'intérieur. Je suis trop attaqué

pour guérir. J'ai une bronchite, une maladie de cœur, des rhumatismes généralisés incurables. Je suis perdu... etc. »

A l'auscultation, on trouve au sommet droit de la matité, une respiration soufflante, des craquements fins. Le sommet gauche est également infiltré.

Une légère amélioration de l'état mental se produit. Le malade est réformé le 27 août 1916.

CONCLUSIONS

I. *Les centres de neuro-psychiatrie ont rendu de grands services* pendant la guerre, tant aux armées qu'à l'intérieur, en procurant, en dehors des asiles, des soins appropriés aux malades mentaux et nerveux.

II. Reprenant un vœu du professeur Lépine, de Lyon, nous rappelons l'utilité de créer au plus tôt des *hospices pour incurables neuro-psychiques non dangereux*, afin d'éviter l'internement dans l'asile d'aliénés aux trépanés, commotionnés, paraplégiques organiques, victimes de la guerre.

III. La circulaire du 3 juin 1897, ordonnant *la réforme de tout militaire interné*, après avoir été abrogée au cours de la guerre, a été remise en vigueur en avril 1919. Cependant, tout interné n'est pas aliéné incurable. Au cours des psychoses aiguës, les manifestations délirantes des malades peuvent être telles que leur internement s'impose. Mais de ces malades quelques-uns guériront. L'armée s'en sera donc privée à tort. D'où nécessité de modifier cette circulaire.

IV. Le plus grand nombre des *malades chroniques* observés portaient des tares dont témoignent leurs antécédents héréditaires et personnels. Plusieurs avaient déjà été réformés par des conseils de révision. La guerre a pu hâter ou aggraver la manifestation de leur folie : elle ne l'a pas causée. Impropres à l'armée, souvent même à la vie sociale, ils ont été réformés ou internés.

V. Quant aux *malades aigus*, certains présentaient bien des prédispositions; au moins cette « constitution émotive »

qu'à décrite le professeur Dupré. Mais d'autres étaient sains de corps et d'esprit. Par les fatigues et les émotions qu'elle leur a imposées, la guerre a rompu chez eux l'équilibre nerveux. Ces malades ont presque tous guéri, la plupart sans rechute.

VI. Chez les uns et chez les autres, *l'alcool* a souvent joué un rôle d'appoint considérable. On ne saurait donc trop encourager la lutte qui est livrée à ce poison et souhaiter que les restrictions imposées pendant la guerre à sa consommation ne soient jamais supprimées.

VII. Au cours de cette guerre, le *nombre des hommes qui ont présenté des troubles mentaux est infime*, très inférieur à celui qu'on pouvait redouter, d'après les relations faites des dernières campagnes coloniales et des guerres russo-japonaise et balkanique. Quand on songe à l'étendue et à l'horreur des batailles de ces dernières années d'une part, d'autre part au chiffre formidable des effectifs engagés, on ne peut qu'admirer la force de résistance de l'esprit humain et les qualités de notre race. Ceux d'outre-Rhin les méconnaissaient : ils ont payé cette erreur de leur défaite.

Vu : le président de la thèse,

ROGER

Vu : le Doyen,

ROGER

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Babinski et Froment. — *Hystérie, pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe.* (Collection Horizon. 2e édition. Paris 1918.)

Lépine. — *Troubles mentaux de guerre.* (Collection Horizon. Paris 1917.)

Léry. — *Commotions et émotions de guerre.* (Collection Horizon. Paris 1918.)

Régis. — *Précis de psychiatrie.* 5e édition. Paris 1914.

Roussy et Lhermitte. — *Psychonévroses de guerre.* (Collection Horizon. Paris 1917.)

Discussion générale consacrée à l'étude du rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques. (*Réunion annuelle de la Société de neurologie et de la Société de psychiatrie.* 3-6 décembre 1909 et 13 janvier 1910.)

Discussion générale sur les accidents nerveux déterminés par la déflagration des fortes charges d'explosifs (*Société de neurologie* 6-7 avril 1916 et *Revue neurologique* p. 575-610).

De quelques problèmes posés par la neuropsychiatrie de guerre au point de vue des réformes. *Revue neurologique* 1917, nº 2 et 3.

Règlement du service de santé à l'intérieur, 1902.

TABLE

Pages

INTRODUCTION 9

CHAPITRE PREMIER. — Utilité des Services de Neuro-Psychiatrie. Création de l'un d'eux en Anjou 13

CHAPITRE II. — Des conditions que devait remplir le Centre de Neuro-Psychiatrie 17

CHAPITRE III. — Fonctionnement du Centre de Neuro-Psychiatrie. 23

CHAPITRE IV. — Maladies observées au Centre de Neuro-Psychiatrie 27

A. — Maladies mentales 27

§ 1. — Dégénérescence et débilité mentales . 27

§ 2. — Mélancolie anxieuse et dépression mélancolique 31

§ 3. — Confusion mentale. 31

§ 4. — Démence précoce 33

§ 5. — Démence paranoïde 34

§ 6. — Excitation maniaque 34

§ 7. — Délires 35

§ 8. — Épilepsie. 36

§ 9. — Hystérie 36

§ 10. — Paralysie générale 38
§ 11. — Neurasthénie et psychasthénie . . 39
§ 12. — Dépression psychique 40
§ 13. — Psychose périodique 40
§ 13. — Psychose polynévritique 40
§ 15. — Amnésie 41
§ 16. — Aphasie 41
§ 17. — Traumatismes crâniens 41
§ 18. — Intoxications 41

B. — Maladies du système nerveux 42

C. — Maladies infectieuses 44

Chapitre V. — Observations 47

Conclusion 77

Bibliographie 79

Angers, Éditions de l'Ouest (imp. G. Grassin). — 1078-49

76

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE